



DIABETEKSEN VAIKUTUKSET EREKTIOON

Kuinka ottaa erektiohäiriö puheeksi?

Opas asiakkaille ja puheeksi ottamisen malli hoitajille

Silja Tuominen

Sanja Vähä-Ypyä

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus



SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Erektiohäiriöt	8
3.1.1	Diabeteksen aiheuttamat erektiohäiriöt	9
3.1.2	Erektiohäiriöiden vaikutus miehen seksuaalisuuteen	10
3.2	Diabeettinen autonominen neuropatia.....	11
3.3	Diabetekseen liittyvien erektiohäiriöiden ehkäisy ja hoito	12
3.3.1	Suun kautta otettavat erektiolääkkeet	14
3.3.2	Pistoshoido	15
3.3.3	Itsehoitovalmisteet.....	16
3.3.4	Muut hoitomuodot	17
3.4	Puheeksi ottaminen	19
3.4.1	Ohjaustilanne.....	22
3.4.2	Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö	24
3.4.3	Hyvä potilasohje	25
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	26
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	26
4.2	Tuotoksen toteuttamisen vaiheet	27
4.3	Tuotoksen kuvaus	28
4.4	Opinnäytetyöprosessin eteneminen	30
5	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	32
5.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	32
5.2	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	35
5.3	Pohdinta.....	37
	LÄHTEET	39

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

TUOMINEN, SILJA & VÄHÄ-YPYÄ, SANJA:

Diabeteksen vaikutukset erektioon - Kuinka ottaa erektiohäiriö puheeksi?

Opas asiakkaille ja puheeksi ottamisen malli hoitajille

Opinnäytetyö 43 sivua
Huhtikuu 2018

Tuotokseen painottuva, toiminnallinen opinnäytetyö tehtiin Ylöjärven terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan käyttöön. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa sähköisessä muodossa oleva ja tulostettava, diabetekseen liittyvistä erektiohäiriöistä kertova opas asiakkaille sekä erektiohäiriön puheeksi ottamista tukeva ohje hoitajille. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, miten diabetes vaikuttaa erektioon, kuinka ottaa diabeetikon erektiohäiriö puheeksi ja millainen on hyvä potilasohje. Työn tavoitteena oli lisätä tietoisuutta diabeteksen vaikutuksesta erektioon ja kehittää ohjausta entistä laajemmaksi, jotta seksuaalisuuden vaikutusta diabetesta sairastavan miehen hyvinvointiin ei unohdettaisi. Työssä käytetty aineisto on kerätty tuoreita lähteitä apuna käyttäen.

Erektiohäiriöllä tarkoitetaan tilaa, jossa mies ei pysty saavuttamaan tai ylläpitämään erektiota siten, että yhdyntä onnistuisi. Diabetesta sairastavista miehistä noin puolet kärsii erektiohäiriöistä. Etenkin huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes vaikuttaa potilaan verenkiertoon ja ääreishermostoon negatiivisesti, jolloin riski erektio-ongelman syntymiselle kasvaa. Lisäksi muut perussairaudet, jotkin lääkkeet ja epäterveelliset elämäntavat myötävaikuttavat erektiohäiriön syntyyn. Erektiohäiriöiden puheeksi ottaminen voi joskus olla hoitohenkilökunnalle vaikeaa, mutta apuna voidaan käyttää erilaisia seksuaalisuuden puheeksi ottamisen tueksi kehitettyjä välineitä, kuten tässä opinnäytetyössä esiteltyä Better-mallia. Hyvässä ohjausmateriaalissa ei ole liikaa tekstiä, mutta sisältö on tarpeeksi informatiivinen ja tieto on esitetty helposti ymmärrettävässä muodossa. Ohjausmateriaali toimii tukena vastaanottokäynneillä ja siihen voi tarvittaessa tukeutua myös käynnin jälkeen.

Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt nelisivuiseksi taiteltavaa, tulostettavaa opasta sekä kaksipuoliseksi tulostettavaa ja esimerkkikysymyksiä sisältävää puheeksi ottamisen mallia voidaan hyödyntää esimerkiksi vastaanottotilanteissa, joissa diabetekseen liittyvä erektiohäiriö täytyy ottaa puheeksi. Henkilökunnalle tarkoitettua mallia voidaan hyödyntää myös minkä tahansa muun seksuaalisuuteen liittyvän aiheen puheeksi ottamisessa. Kehittämisehdotuksena esitetään, että erilaisiin sairauksiin ja niihin liittyviin seksuaalisiin toimintahäiriöihin kehitettäisiin lisää ohjausmateriaalia. Lisäksi terveydenhuoltohenkilöstön puheeksi ottamisen valmiuksia olisi hyvä kartoittaa erilaisten tutkimusten avulla, jotta mahdolliset puutteet voitaisiin huomioida.

Asiasanat: puheeksi ottaminen, diabetesta sairastavan miehen erektiohäiriö, potilasohje

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

TUOMINEN, SILJA & VÄHÄ-YPYÄ, SANJA:
Diabetes Related Erectile Dysfunction - How to Broach Erectile Dysfunction
A Guide for Patients and Instructions for Broaching the Subject as a Nurse

Bachelor's thesis 43 pages
April 2018

The aim of this thesis was to increase knowledge of diabetes related erectile dysfunction. The purpose of this study was to provide health care professionals at Ylöjärvi Healthcare Center with both a tool for broaching topics related to sexuality and a printable guide on diabetic men's erectile dysfunction.

This functional thesis consists of the theoretical framework, a report of the present study and the end products. The theoretical part of this study contains information on erectile dysfunction, its treatments and how to broach the subject. The report portion describes the progression of the present study and the process of producing the products.

Approximately half of all diabetic men suffer from erectile dysfunction. Discussing sexual dysfunction can be difficult for some health care professionals even though it is known to be a subject most patients would like to discuss.

It would be useful to produce more patient's guides about sexual dysfunction caused by various conditions. The health care professional's abilities on broaching sexual dysfunction could also be studied to find out whether there are significant deficiencies.

Key words: broaching a difficult subject, diabetes related erectile dysfunction, a patient's guide

1 JOHDANTO

Diabetes on Suomessa jatkuvasti yleistynyt kansansairaus, joka koskettaa näin ollen suurta osaa suomalaisessa terveydenhuollossa asioivista ihmisistä. Jo yli 500 000 suomalaisella on diagnosoitu diabetes ja tästä joukosta 2 tyypin diabeetikkoja on noin 75 % (Käypä hoito 2018; THL 2015). Todellisuudessa 2 tyypin diabeetikkojen määrä on vielä huomattavasti korkeampi, sillä tauti on usein alkuvaiheessa oireeton (Niskanen 2014). On myös arvioitu, että diabeetikkojen kokonaismäärä kasvaa Suomessa jopa 50 % seuraavien 10-15 vuoden aikana (Käypähoito 2018). Diabetes aiheuttaa pitkälle edetessään sitä sairastaville miehille lähes aina vaikeahoitoisen erektiohäiriön. Aiheuttajina ovat pienten verisuonten vaurioituminen eli mikroangiopatia sekä hermoratojen tuhoutuminen eli neuropatia. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 178.) Seksuaalisuuden huomioiminen hoitotyössä jää monesti muiden terveyteen liittyvien asioiden varjoon. Hoitajan tulisi olla aloitteellinen seksuaalisuuteen liittyvien asioiden puheeksi ottamisessa, jotta potilaalle tarjoutuu mahdollisuus keskustella niistä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 129.) Sosiaali- ja terveysministeriön linjauksen (2016) mukaan, seksuaalineuvonnan- ja ohjauksen tulisi sisältyä automaattisesti hoitosuunnitelmiin ja sisällön olla potilaslähtöistä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa sähköisessä muodossa oleva ja tulostettava, diabetekseen liittyvistä erektiohäiriöistä kertova, asiakkaille tarkoitettu opas sekä erektiohäiriön puheeksi ottamista tukeva ohje hoitajille. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoisuutta diabeteksen vaikutuksista erektioon ja kehittää ohjausta entistä laajemmaksi, jotta seksuaalisuuden vaikutusta diabetesta sairastavan miehen hyvinvointiin ei unohdeta. Opinnäytetyössä käytetään käsitettä asiakas tarkoittamaan kaikkia terveydenhuollon piirissä olevia henkilöitä riippumatta siitä, asioivatko he vastaanotolla vai ovatko he osastohoidossa.

Opinnäytetyön aihevalinta perustuu tekijöiden kiinnostukseen huomioida seksuaalisuus osana hoitotyötä ja potilasohjausta. Työn tekijöiden kokemusten mukaan seksuaalisuudesta puhutaan liian vähän ja sen puheeksi ottaminen voi olla hoitajille vaikeaa. Erektiohäiriöiden hoidon ja potilasohjauksen tueksi haluttiin luoda apuväline, koska sellaista ei vielä ole ja sille oli selkeästi tarvetta. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Ylöjärven terveyskeskuksen kanssa ja tuotoksina syntyneet opas ja ohje ladattiin terveyskeskuksen työasemille kaikkien hoitajien saataville ja tulostettaviksi.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa sähköisessä muodossa oleva ja tulostettava, diabetekseen liittyvistä erektiohäiriöistä kertova, asiakkaille tarkoitettu opas sekä erektiohäiriön puheeksi ottamista tukeva ohje hoitajille.

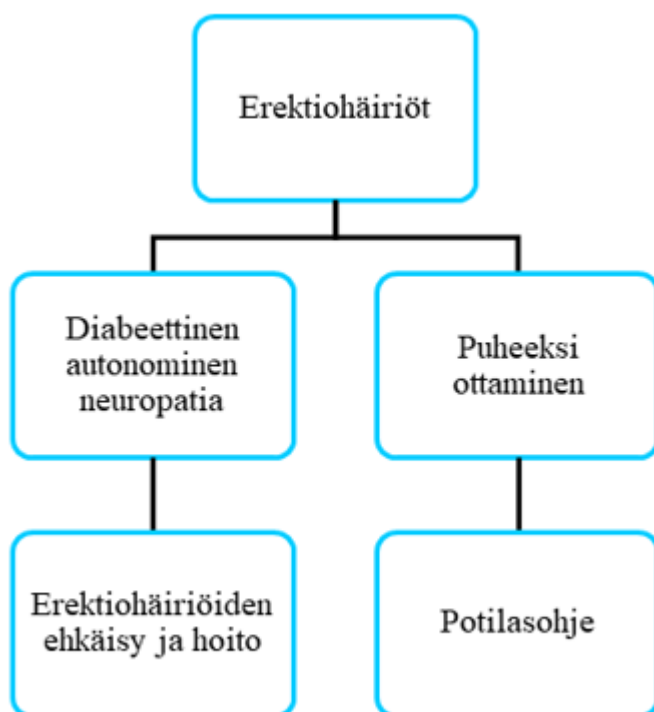
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Miten diabetes vaikuttaa erektioon?
2. Kuinka ottaa diabeetikon erektiohäiriö puheeksi?
3. Millainen on hyvä potilasohje?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoisuutta diabeteksen vaikutuksesta erektioon ja kehittää ohjausta entistä laajemmaksi, jotta seksuaalisuuden vaikutusta diabetesta sairastavan miehen hyvinvointiin ei unohdetaisi.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyössä avataan ensin käsitettä erektiohäiriö ja selvitetään diabeteksen vaikutusta erektiohäiriöiden syntyyn, jotta voidaan ymmärtää niiden vaikutus diabetesta sairastavan miehen seksuaalisuuteen. Teoreettisissa lähtökohdissa käsitellään myös erektiohäiriöiden hoitoa, sekä seksuaalisuuden puheeksi ottamista hoitotyössä ja selvitetään, millainen on hyvä potilasohje. Opinnäytetyön tuotoksena on puheeksi ottamisen ohje hoitajille ja erektiohäiriöistä kertova opas asiakkaille. Tuotosten sisältö perustuu teoreettisiin lähtökohtiin, jotka on kuvattu kuviossa 1.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat.

Teoriatietoa haettiin erilaisten tietokantojen kautta. Ulkomaisista hakukoneista käytössä olivat Cochrane, EBSCO host, ISRN ja CINAHL. Kotimaisista tietokannoista aiheeseen liittyvää tietoa löytyi rajallisemmin ja käytössä oli lähinnä Medic. Myös Google Scholarin kautta löydettiin joitakin tieteellisiä lähteitä. Lisäksi erilaisia luotettavia hoitotyön ja lääketieteen verkkosivustoja käytettiin lähdemateriaalin etsimiseen. Osa lähteistä löytyi aiheeseen liittyvien tieteellisten julkaisujen lähdeluetteloiden kautta. Asiasanat määriteltiin MeSH-sanaston avulla ja niistä käytettiin hakusanoja erektio, erektiohäiriö, seksuaalisuus, puheeksi ottaminen, diabetes mellitus, DM, potilasohje ja impotenssi.

3.1 Erektiohäiriöt

Erektion muodostumiseen osallistuvat muun muassa siittimen verisuonisto, keskushermosto, autonominen hermosto, paisuvaiskudoksen sileä lihaksisto, erilaiset välittäjäaineet sekä lantionpohjan lihakset (Väestöliitto 2018). Erektiohäiriöllä tarkoitetaan tilaa, jossa mies ei kykene saavuttamaan tai ylläpitämään erektiota yhdynnän onnistumisen kannalta. Erektiovaikeudet voivat ilmetä eri tavoin. Joissakin tapauksissa erektion saavuttaminen ei onnistu lainkaan tai erektio saavutetaan, mutta se häviää ennen yhdyntää tai sen aikana. (Fisken 2010, 416; Sharifi 2012, 1; Ettala 2015, 10; Moussa, Hill, Claydon, & Klufio 2015, 88; Huttunen 2017a.) Erektion saavuttamiseen vaaditaan riittävän voimakas, siittimen paisuvaiskudoksiin suuntautuva verenkierto ja vastaavasti alentunut verenkierto siittimestä pois päin. Jos siittimen hermopäätteet ovat vaurioituneet, aivot eivät kykene käynnistämään erektion aikaansaamiseksi tarvittavaa verenkiertoa peniksessä. (Peate 2012, 310-311; Leff 2015, 44; Schub & Pilgrim 2016; Ettala 2017, 28-29.)

Häiriön aste voidaan luokitella lievään, kohtalaiseen tai vaikeaan. Jos erektion saavuttaminen ei onnistu aina tai erektio jää vajaaksi, on kyseessä lievä häiriö. Kohtalaiseksi erektiohäiriö katsotaan silloin, kun peniksen jäykistyminen ja erektion ylläpitäminen vaikeutuvat ja yli puolet yhdynnöistä epäonnistuu. Vaikeissa erektiohäiriöissä erektion saavuttaminen ja yhdynnat eivät onnistu juuri lainkaan. (Piha 2017a.) Toisinaan esiintyvät erektiovaikeudet ovat hyvin tavallisia ja häiriöksi ongelma katsotaan vasta, kun erektiovaikeudet ovat toistuvia ja häiritsevät merkittävästi miehen sukupuolielämää. (Huttunen 2017a.)

Erektiohäiriöiden taustalla voi olla psykologisia tai fyysisiä syitä. Myös korkea ikä vaikeuttaa erektion muodostumista. Erilaiset sairaudet tai niiden hoitoon otetut lääkkeet saattavat aiheuttaa erektiohäiriöitä. Psykologisista tekijöistä yleisimpiä ovat stressi ja väsymys sekä pelko epäonnistumisesta, seksuaalisuuteen liittyvät syyllisyyden tai häpeän tunteet, traumatisoivat kokemukset tai ongelmat parisuhteessa. Erektiokykyyn vaikuttaa myös kumppani ja hänen suhtautumisensa seksuaalisuuteen. Jotkin psykologiset sairaudet voivat aiheuttaa ongelmia erektion syntymiselle. Tällaisia sairauksia ovat esimerkiksi vakava masennus, pakko-oireinen häiriö ja ahdistuneisuushäiriöt. Myös erilaiset pelkotilat voivat vaikuttaa negatiivisesti erektioon. (Huttunen 2017a.)

Fyysisistä sairauksista erektiohäiriöiden syntyyn voivat vaikuttaa eturauhasen sairaudet kuten eturauhassyöpä, diabetes, verenpainetauti, verisuonten kalkkeutuminen, Parkinsonin tauti, MS-tauti ja muut neurologiset sairaudet. Epäterveelliset elämäntavat, kuten liikahavuus, runsas tupakointi sekä runsas alkoholinkäyttö voivat myötävaikuttaa erektiohäiriöiden syntyyn. (O'Sullivan & Savage 2009, 172; Fiskén 2010, 416-417; Brown, Duff, Boyd & Shaw 2012, 120; Laurila 2016; Schub & Pilgrim 2016; Huttunen 2017a.) Erilaisten lääkkeiden, kuten verenpaine- ja psyykelääkkeiden, on todettu vaikuttavan erektiokykyyn negatiivisesti (Laurila 2016; Huttunen 2017d). SSRI-lääkeryhmään kuuluvia lääkkeitä käytetään laajasti monien psykiatristen sairauksien hoidossa. Tämän ryhmän lääkkeillä on havaittu olevan negatiivista vaikutusta seksuaalisuuteen ja erektiokyvyn saavuttamiseen. (Huttunen 2017b; Bala, Hellstrom & Nguyen 2018, 29-34.)

3.1.1 Diabeteksen aiheuttamat erektiohäiriöt

Diabetes on ryhmä aineenvaihduntasairauksia, joille yhteinen tekijä on häiriö haiman insuliinintuotannossa sekä pitkäaikaisesti kohonnut verensokeripitoisuus. Päätyypit ovat tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes, mutta aikuisilla raja näiden kahden tyypin välillä ei ole aina selkeä. Diabetekseen voi liittyä äkillisiä tai pitkäaikaisia lisäsairauksia, kuten liian korkea tai matalaa verensokeria, silmäsairauksia, munuaissairauksia, verenkiertoelimistön sairauksia sekä hermosairauksia. (Ilanne-Parikka 2018.) Diabetesta sairastavat miehet kärsivät erektiohäiriöistä huomattavasti useammin kuin miehet, joilla ei ole diabetesta (Cummings 2016, 20.) Diabeetikoista noin puolella esiintyy erektiohäiriöitä, jotka voivat johtua esimerkiksi hermoston tai verisuoniston vaurioista. Lisäksi seksuaalinen ikääntyminen tulee diabeetikkomiehillä esiin noin 10-15 vuotta aiemmin, kuin terveillä miehillä. (Brown ym. 2012, 121; Moussa ym. 2015, 88; Hiltunen 2016.)

Jos miehellä on diabeteksen lisäksi myös muita riskitekijöitä esimerkiksi runsas tupakointi tai masennus, on riski erektiohäiriöiden syntyyn vielä suurempi. Diabetekseen liittyvät myös alentuneet testosteronipitoisuudet ja tämän vuoksi testosteroniarvot on hyvä mitata osana erektiohäiriön hoitoa. Erityisesti yli 40-vuotiailla tyypin 2 diabeetikoilla testosteronipitoisuuden on huomattu olevan alentunut terveisiin saman ikäisiin miehiin verrattuna. (Piha 2017c.)

Diabetesta sairastavan miehen erektiohäiriö voi olla taustaltaan joko vaskulaarinen, neurogeeninen tai molempia. Etenkin neurogeeniset eli hermoratojen vaurioitumisesta johtuvat häiriöt voivat olla vaikeita hoitaa. Usein ne vaativat suurempia lääkeannoksia kuin vaskulaariset eli verisuoniston toimimattomuudesta johtuvat häiriöt. (Fisken 2010, 417; Brusila 2011.) Diabetesta sairastavan miehen erektiohäiriö voi liittyä myös ylipainoon. Ylipainoisen ihmisen keho on usein kroonisessa tulehdustilassa. Tämä voi vaikuttaa heikentävästi vasodilataatioon ja heikentää siten peniksen verenkiertoa, jolloin seurauksena voi olla erektiohäiriö. Painon pudottaminen, terveellinen ruokavalio ja säännöllinen liikunta voivat siten olla myös yksi keino erektiohäiriön hoitoon. (Brown ym. 2012, 120; Leff 2015, 44.)

Tyypin 1 diabetesta sairastavat saattavat saada jo nuorella iällä lisäsairauksia esimerkiksi neuropatiaa. Tämä saattaa aiheuttaa erektiohäiriöitä jo alle 30-vuotiaille diabeetikkomiehille. (Piha 2017d.) Erityisen alttiina neuropatian syntymiselle ja näin ollen myös erektiohäiriöille ovat miehet, joiden verensokeriarvot ovat olleet vuosia korkealla ja diabetes huonossa hoitotasapainossa (Brown ym. 2012, 121; Mustajoki 2018).

Lähes jokaisen diabeetikon verisuonten endoteelikerroksissa on poikkeamaa normaaliin nähden. Terve endoteeli vapauttaa erektion saavuttamisen kannalta erittäin tärkeää kemiallista yhdistettä, typpioksidia, joka saa aikaan veren kertymisen peniksen paisuvaiskudokseen. Aivot lähettävät normaalissa tilanteessa genitaalialueelle hermoimpulsseja parasympaattisen hermoston kautta miehen kiihottuessa esimerkiksi kumppanin kosketuksesta ja erektio syntyy. Neuropatia vaikuttaa molempiin edellä mainittuihin prosesseihin ja vaikeuttaa näin ollen erektion saavuttamista. (Fisken 2010, 417; Ettala 2017, 30.)

3.1.2 Erektiohäiriöiden vaikutus miehen seksuaalisuuteen

Ajoittaiset erektiovaikeudet ovat tavallisia ja kyselytutkimusten avulla on selvitetty, että noin 75 %:lla miehistä yhdyntä epäonnistuu erektiovaikeuksien vuoksi joka viidennellä yrityskerralla. Ajoittainen vaikeus saavuttaa erektiota tai ylläpitää sitä ei vielä ole häiriö, mutta ongelman jatkuessa ja sen vaikeuttaessa sukupuolielämää asiasta on hyvä keskustella lääkärin kanssa. (Huttunen 2017a.) Ihminen saattaa kokea seksuaalisuuden alueella menetyksiä, kun oma keho ei toimi enää samalla tavalla kuin ennen. Samalla on kuitenkin

mahdollisuus saada tilalle uutta, kun erektiohäiriöt haastavat etsimään uusia tapoja toteuttaa omaa seksuaalisuutta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 122.)

Erektiohäiriö vaikuttaa herkästi miehen minäkuvaan ja seksuaalielämään. Ilman parisuhdetta elävien miesten voi olla haastavaa etsiä partneria ja aloittaa uusia ihmissuhteita, jos heillä on hoitamaton erektiohäiriö. (Piha 2017d.) Parisuhteessa elävillä miehillä erektiohäiriö voi kuormittaa myös parisuhdetta. Partnerin kanssa kannattaa keskustella erektio-ongelmasta avoimesti. Avuksi voi hankkia esimerkiksi aiheeseen liittyviä kirjoja, joiden neuvojen kautta ongelmaa voi ratkoa rakentavasti. (Huttunen 2017c.) Apua voi hakea myös ammattiauttajilta kuten seksuaaliterapiasta, jos erektiohäiriöstä keskustelu on hankalaa tai keskusteluun ja asian kohtaamiseen tarvitaan tukea. Seksuaaliterapiaan voi hakeutua joko yksin tai yhdessä partnerin kanssa. (Väestöliiton Terapiapalvelut 2018.) Hoitamattomina seksuaalielämään liittyvät ongelmat heikentävät herkästi sekä itsetuntoa, että elämänlaatua (Peate 2012, 317; Piha 2017d).

Diabetes on somaattinen sairaus, mutta sairaus, sen hoito ja liitännäisoireet vaikuttavat väistämättä myös ihmisen jaksamiseen ja kaikkiin elämänalueisiin. Diabeetikoiden hoitotiimiin voi kuulua myös psykologi, jonka työnkuvaan kuuluu mielenterveyden hoito. Psykologin vastaanotolla ei keskustella pelkästään diagnooseista tai erektiohäiriöistä, vaan tunteista ja oireiden merkityksestä. Psykologin kanssa keskustellessa voidaan myös miettiä potilaan omia arvoja miehenä, mikä elämässä on tärkeää ja kuinka krooninen sairaus ja sen mukana tulevat muutokset vaikuttavat omaan elämään ja minäkuvaan. (Nuutinen 2015.)

3.2 Diabeettinen autonominen neuropatia

Diabeettinen neuropatia tarkoittaa diabeteksen aiheuttamaa hermovauriota, joka kehittyy usein liitännäissairautena diabeetikolle. Vaurio voi ilmetä sekä tahdonalaisissa ääreishermoissa, että ei-tahdonalaisissa eli autonomisissa hermoissa. Näin ollen neuropatia voi oireilla esimerkiksi alaraajojen oireina, sydämen- ja verisuonten oireina, mahan ja suoliston vaivoina sekä virtsaamis- ja erektio-ongelmina. (Punkkinen, Koskenpato & Rosengård-Bärlund 2014; Mervaala & Isomaa 2016; Mustajoki 2018.) Autonominen neuropatia on myös suuri riskitekijä kuolleisuuden, huomattavan sairastumisen ja diabeettisten jalkahaavojen kannalta. (Mervaala & Isomaa 2016; Chadwick & Guttormsen 2017, 20.)

Diabeteksen aiheuttamaa neuropatiaa todetaan noin kolmasosalla diabeetikoista. Se on yleisempää tyypin 2 kuin tyypin 1 diabeetikoilla ja sitä esiintyy enemmän iäkkäillä kuin nuorilla. Tyypin 1 diabeetikoilla neuropatia kehittyy hitaasti. Kahdenkymmenen vuoden kuluessa noin puolella sairastuneista esiintyy vähintään lieviä neuropatian oireita. Ensimmäisiä diabeettisen neuropatian oireita ovat yleensä jalkaterien tuntohäiriöt, pistelytunte-mukset, puutuminen sekä lihaskrampit tai säryt jaloissa. Sairauden edetessä jalkojen ki-putunto voi heikentyä ja myöhemmin kiputunto voi hävitä kokonaan. Tyypin 2 diabeeti-koista joka viidennellä esiintyy neuropatian merkkejä jo taudin toteamisen vaiheessa, sillä tauti on voinut olla piilevänä jo vuosia ennen diagnoosia. Kymmenen vuoden kuluttua sairastumisesta noin puolella heistä todetaan neuropatiaa. (Mustajoki 2018; Tuominen 2016.)

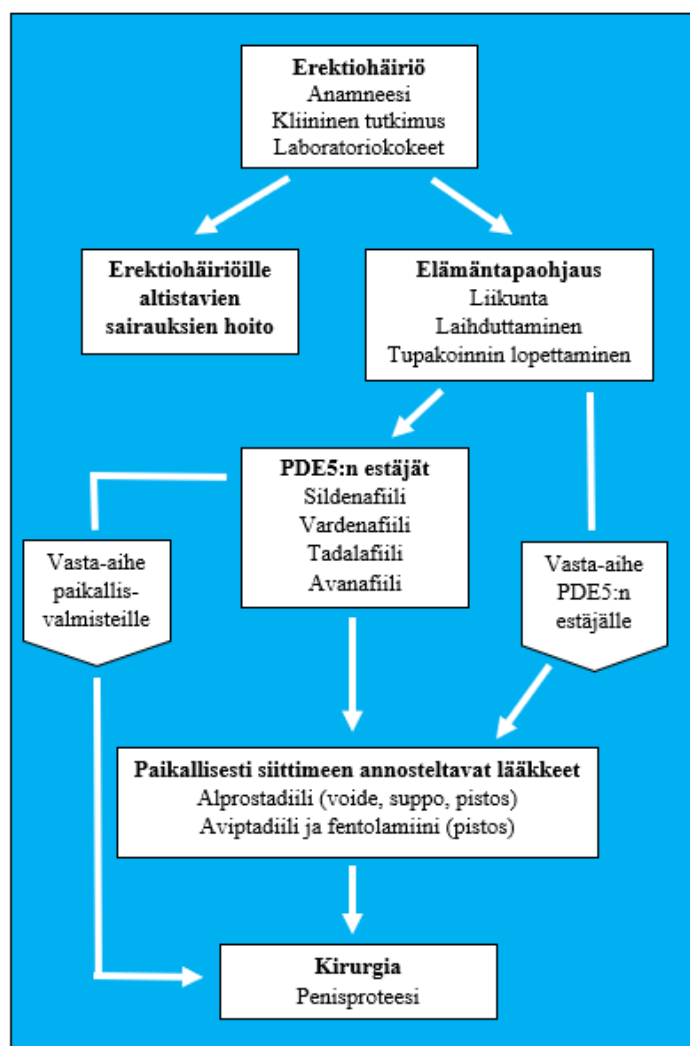
Pitkään korkeana ollut verensokeri edistää neuropatian syntyä voimakkaasti ja tämän vuoksi diabeteksen hyvä hoito, sokeritasapainon saavuttaminen ja terveellisten elämän-tapojen noudattaminen on ensiarvoisen tärkeää (THL 2014). Lisäksi diabeettisen neuro-patian syntyä edistävät ylipaino, runsas alkoholinkäyttö ja tupakointi, joten terveellisillä elintavoilla voi myös ehkäistä sairauden syntyä ja etenemistä. Neuropatiaan ei ole ole-massa parantavia hoitokeinoja, mutta sen aiheuttamia oireita ja häiriöitä voidaan koettaa lievittää. (Punkkinen ym. 2014; Mervaala & Isomaa 2016; Mustajoki 2018.) Neuropaat-tisia kipuoireita hoidetaan ensisijaisesti masennuslääkkeillä ja joillakin epilepsian hoi-toon tarkoitetuilla lääkkeillä. Käytössä on myös keskushermostoon vaikuttavia kipulääk-keitä. Autonomisen neuropatian aiheuttamiin häiriöihin, kuten suoliston häiriöihin, virt-saamisongelmiin ja erektiohäiriöihin voi kokeilla oireita lievittäviä lääkkeitä. (Mervaala & Isomaa 2016; Mustajoki 2018.)

3.3 Diabetekseen liittyvien erektiohäiriöiden ehkäisy ja hoito

Diabeteksen aiheuttamien erektiohäiriöiden ehkäisyssä pätevät samat keinot, kuin mui-den syiden vuoksi ilmenneiden erektiohäiriöiden ehkäisyssä. Terveelliset elämäntavat ovat tärkeä osa ennaltaehkäisyä, mutta eivät valitettavasti usein yksinään ehkäise diabeet-ikoiden erektiohäiriöiden syntymistä. Diabetesta sairastavilla miehillä erektiohäiriöt voi-vat johtua myös hermoratojen tuhoutumisesta tai pienten verisuonten vaurioitumisesta.

(Fisken 2010, 418; Ryttyläinen & Valkama 2010, 178-181.) Häiriö on usein vaikeahoitoinen ja vain noin puolet erektiohäiriöistä kärsivistä diabeetikoista saa apua suun kautta otettavista erektiolääkkeistä. Usein ainoa toimiva hoito on pistoshoito. Kaikkein vaikeimmissa tilanteissa erektiohäiriöstä kärsivä joutuu turvautumaan penisproteesiin. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 178-181.)

Eurooppalaisen hoitosuosituksen mukaan erektiohäiriön hoito on kolmiportainen. Erektiohäiriön toteamisen jälkeen hoidetaan häiriölle altistanutta sairautta ja noudatetaan terveellisiä elämäntapoja tukemaan hoitoa. Lääkkeellinen hoito aloitetaan suun kautta otettavalla lääkityksellä ja paisuvaiskudokseen tai virtsaputkeen annosteltavaan lääkkeeseen siirrytään, mikäli tablettihoitoisen lääkkeen teho ei ole riittävä. Viimeisenä hoitokeinona käytetään kirurgista hoitoa, joka käytännössä tarkoittaa penisproteesin asettamista kirurgisesti. Hoitosuositus on kuvattu kuviossa 2. (Jalanko, Ettala & Sairanen 2017.)



KUVIO 2. Erektiohäiriön hoitokaavio (mukaillen; Jalanko, Ettala & Sairanen 2017, 1640-1646.)

3.3.1 Suun kautta otettavat erektiolääkkeet

Markkinoilla on erilaisia suun kautta otettavia erektiolääkkeitä. Niiden vaikuttavina aineina ovat PDE5-estäjät eli sildenafili, tadalafil, vardenafiili ja avanafiili. PDE5-estäjien tehokkuus perustuu siihen, että ne stimuloivat typpioksidin aikaansaamaa verisuonten laajenemista ja verenkierto lisääntyy paisuvaiskudoksessa aiheuttaen erektion. Miehen kiihottuessa siittimen hermopäätteistä erittyy typpioksidia, jota PDE5-estäjät tarvitsevat toimiakseen. Lääkkeet eivät siis vaikuta ja tuota miehelle erektiota ilman seksuaalista halua tai kiihottumista. (Fisken 2010, 418; Brown ym. 2012, 121; Jalanko ym. 2017.) Diabeetikko tarvitsee lääkettä usein normaalia suuremman annoksen, mutta lääke aloitetaan pienimmällä suositellulla annoksella. Miehelle sopiva annos määritellään aina yksilöllisesti ja lääkäri kirjoittaa reseptin normaalia suuremmasta annoksesta. (Brown ym. 2012, 121; Piha 2017b.)

PDE5-estäjä lääkeryhmän lääkkeitä sildenafili, vardenafiili ja avanafiili otetaan noin tuntia ennen seksuaalista kanssakäymistä tyhjään vatsaan. Lääkeryhmän lääkkeitä tadalafilia on ainoa, jota voidaan käyttää pienellä annoksella säännöllisesti päivittäin. Tällöin sitä ei tarvitse ottaa tyhjään vatsaan tai juuri ennen seksuaalista kanssakäymistä. (Jalanko ym. 2017.) Avanafiili vaikuttaa tämänhetkisten tutkimusten mukaan tehokkaimmalta valmisteelta farmakokineettisesti. Sillä on pitkä puoliintumisaika ja maksimipitoisuus plasmassa saavutetaan nopeasti. Sildenafili on kuitenkin edelleen käytetyin valmiste erektiohäiriöiden hoidossa halvan hintansa vuoksi. (Enlund, Raatikainen & Saastamoinen 2016; Ettala 2017, 29.)

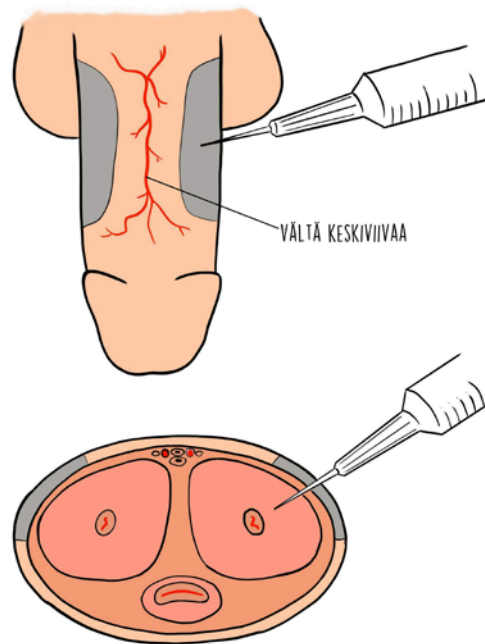
Erektiölääkkeiden käytön kanssa täytyy olla varovainen, jos miehellä on hyvin alhainen verenpaine, hän sairastaa sydänsairauksia tai aivoverenkierron häiriöitä. Lisäksi hoitamaton diabetes ja joidenkin lääkkeiden käyttö samanaikaisesti voivat olla esteenä erektiölääkkeiden aloittamiselle. (Huttunen 2017a.) Ainoa ehdoton kontraindikaatio PDE5-estäjien käytölle on sydänoireita sairastavien miesten nitrovalmisteiden samanaikainen käyttö. PDE5-estäjät saattavat vaarallisesti voimistaa nitrovalmisteiden verenpainetta laskevaa vaikutusta. (Brown ym. 2012, 121; Schub & Pilgrim 2016) Nitrovalmisteita tulisi välttää kaksi viikkoa ennen PDE5-estäjien käyttöä ja 1-2 vuorokautta niiden käytön jälkeen hypotensioriskin vähentämiseksi (Jalanko ym. 2017).

3.3.2 Pistoshoito

Erektiohäiriön pistoshoidossa siittimen paisuvaiskudokseen injisoidaan ohuella neulalla erektion syntymiseen vaikuttavaa ainetta. Käytössä olevia vaikuttavia aineita ovat esimerkiksi: alprostadiili, papaveriini, aviptadiili, avanafiili ja fentolamiini. Lääkeaineita käytetään yksin tai sekoituksina riippuen valmisteesta. (Fisken 2010, 418-419; Piha 2017b.) Lääke pistetään siittimen tyvikolmanneksen alueelle paisuvaiskudokseen siten, että neula suuntautuu siittimeen yläviistosta. Näin voidaan välttää vahingoittamasta siittimen alaosassa kulkevaa virtsaputkea. Lääke voidaan injisoida myös kynän avulla, mikäli neulan käyttäminen tuntuu vaikealta. (Koistinen 2008, 878.)

Lääke pistetään ennen yhdyntää ja sen aiheuttaman erektion kesto riippuu vaikuttavasta aineesta (kuva 1). Lääkeaine saa aikaan siittimen valtimoiden laajenemisen sekä verenkierron voimakkaan ja tahdosta riippumattoman lisääntymisen. (Brown ym. 2012, 122; Piha 2017b.) Toisin kuin PDE5-estäjillä, lääkkeen vaikutus ja erektion muodostuminen eivät näin ollen ole riippuvaisia typpioksidin erittymisestä ja miehen kiihottuneisuuden tilasta. Lääkkeen tehoa heikentää paisuvaiskudoksen merkittävä laskimovuoto, mutta sitä voidaan estää käyttämällä kiristysrengasta, joka asetetaan siittimen tyveen. (Jalanko ym. 2017.)

Pistoshoito aloitetaan pienimmällä suositellulla annoksella ja kontrolloidusti. Ensimmäinen lääkeannos voidaan pistää terveydenhuoltohenkilökunnan opastamana esimerkiksi perusterveydenhuollossa. Hoidon jatkuessa määritetään oikea yksilöllinen annos yhdessä lääkärin kanssa. (Koistinen 2008, 878; Jalanko ym. 2017.) Arpeutumisriskin vuoksi lääkettä voi pistää yhdestä kolmeen kertaan viikossa riippuen käytettävästä lääkeaineesta. Pistoshoito on tehokkain lääkehoito erektion saavuttamiseksi ja sitä käyttävistä miehistä 70-90% saa merkittävää apua erektiohäiriönsä hoitoon. (Piha 2017b.) Pistoshoidon haittavaikutuksia voivat olla kivut peniksessä, kipu ejakuloinnin aikana, mustelmat sekä priapismi eli kestoerektio (Koistinen 2008, 878; Brown ym. 2012, 122).



KUVA 1. Pistoshoito, jossa viedään ohut neula paisuvaiskudoksen sisään siittimen sivusta. (Korhonen, A. 2018 mukaillen; Lukkarinen & Tammela 2001, 1967.)

3.3.3 Itsehoitovalmisteet

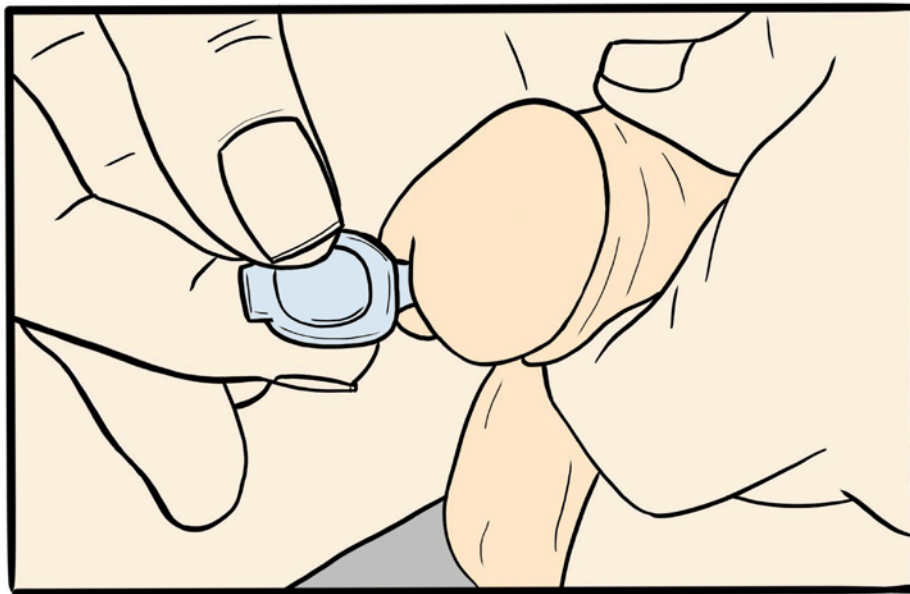
Erektiohäiriöiden hoitoon on olemassa myös joitakin päivittäistavarakaupoissa ja luontaistuotekaupoissa myytäviä itsehoitovalmisteita. Lisäravinteiden ja luontaistuotteiden käyttöä erektiohäiriöiden hoidossa on kuitenkin aina harkittava tarkkaan. Valmisteet voivat sisältää tutkimattomia aineita tai jopa erektiolääkkeenä käytetyn sildenafilin aktiivisten ainesosien kaltaisia aineita, joita ei ole hyväksytty käytettäväksi erektiohäiriöiden hoidossa. Lisäravinteiden käytöstä tulisi aina keskustella lääkärin kanssa, etenkin jos käytössä on lääkityksiä. (Leff 2015, 47.)

Itsehoitovalmisteista tunnetuin ja käytetyin on korealainen Panax eli ginseng-juuri. Valmistetta on tutkittu paljon ja sen on todettu vaikuttavan mahdollisesti positiivisesti myös erektiokykyyn. Saadut vaikutukset ovat kuitenkin niin lieviä, ettei tuotetta voi varsinaisesti suositella vakavan erektiohäiriön hoitoon. (Leff 2015, 47; Lee ym. 2017.) Myös L-sitruliini ja L-arginiini ovat tutkimusten mukaan mahdollisia erektiokykyyn parantavasti vaikuttavia aineita. Molemmat ovat aminohappoja ja muuttuvat kehossa typpioksidiksi, joka parantaa verenkiertoa. L-arginiinin pitoisuus pienenee kuitenkin huomattavasti imeytymisprosessin aikana ja lopullinen verenkiertoon päätyvä määrä on vain murto-osa

lisäravinteena nautitusta. L-sitruliini on kehossa luontaisesti muodostuva aminohappo, joka muuttuu edelleen L-arginiiniksi ja typpioksidiksi. L-sitruliini on ravintolisänä tehokkaampi vaihtoehto, sillä se käynnistää kehon luonnollisen L-arginiinin tuotannon ja on siten myös parempi valmiste erektiohäiriön hoitoon. (Leff 2015, 47.)

3.3.4 Muut hoitomuodot

Erektiohäiriön hoidossa lääke voidaan annostella myös virtsaputken kautta. Lääke annos viedään steriilin pipetin avulla virtsaputkeen, josta se imeytyy paisuvaiskudokseen (kuva 2). Virtsaputkilääkkeen vaikuttava aine on alprostadiili, joka on sama aine kuin pistettävässä lääkkeessä. Lääkkeen teho on kuitenkin heikompi, kuin suoraan paisuvaiskudokseen pistettäessä. Tämän vuoksi kaikki eivät saa siitä apua ongelmaansa. Joillekin pistopelkoisille miehille virtsaputken annosteltava lääke on kuitenkin miellyttävämpi vaihtoehto ja sen vaikutusta voi kokeilla ennen pistoslääkkeisiin siirtymistä. (Fisken 2010, 419; Brown ym. 2012, 122; Piha 2017d.) Suomen markkinoille on tulossa myös aldoprostadiilivoide, joka levitetään terskan iholle ja virtsaputken suuaukon ympärille. Lääke imeytyy iholta siittimen paisuvaiskudokseen aiheuttaen erektion. (Jalanko ym. 2017.)



KUVA 2. Virtsaputkilääke viedään lääkeannostelijalla virtsaputkeen. (Korhonen, A. 2018 mukaillen; Lukkarinen & Tammela 2001, 1968)

Mikäli mies ei hyödy lääkehoidosta, voidaan erektiohäiriön hoidossa käyttää penis pumpua, jota käyttämällä veri saadaan kertymään keinotekoisesti alipaineen avulla peniksen paisuvaiskudokseen. Erektion ylläpitämiseksi käytetään tämän jälkeen peniksen tyvessä kumista kiristysnauhaa, joka estää veren pääsyn pois peniksestä. Tämä on melko tehokas keino erektion saavuttamiseen, mutta kaikki eivät koe sen käyttöä mukavaksi. Seksuaalisen kanssakäymisen joutuu laitteen käytön vuoksi valmistelemaan etukäteen, penis on normaalia viileämpi ja tummempi pumpun käytön jälkeen. (Fisken 2010, 419; Brown ym. 2012, 122.)

Peniksen iskuaaltohoito on yksi uusimmista innovaatioista erektiohäiriöiden hoidossa. Samaa hoitomuotoa on käytetty aiemmin muun muassa munuaiskivien ja sappikivien hoidossa. Hoidon on todettu auttavan uudisverisuonten muodostumista ja parantavan näin verenkiertoa. Iskuaaltohoidossa äänienergia ohjataan peniksen paisuvaiskudoksen valtimoihin iskulaitteen keilamaisella, nestettä sisältävällä iskupäällä. Laitte antaa 1500-3000 iskua peniksen tyveen ja varteen ja hoito voidaan antaa kuuden hoitokerran sarjana viikon välein. Laitteen antamat iskut eivät ole kivuliaita, joten hoitomuoto on hyvä vaihtoehto pistoshoidolle. Hoito aktivoi verisuonikasvutekijöitä, kasvattaa hiussuoniverkostoa ja lisää siten paisuvaisten verenvirtausta parantaen erektiota. Hoito on todettu toimivaksi lumekontrolloidussa tutkimuksessa. (Ekholm 2016; Ala-Opas 2017, 1561.)

Penisproteesi on toimiva vaihtoehto erektiohäiriön hoidossa, mutta sen asettamiseen liittyy aina myös riskejä. Hoitomuoto vaatii kirurgisen toimenpiteen, jossa siittimen paisuvaiskudokset korvataan keinotekoisina paisuvaisina toimivilla sauvamaisilla implanteilla. Implanttien avulla voidaan saada mekaanisesti aikaan erektion kaltainen tila, jossa penis jää kuitenkin normaalia erektiota lyhemmäksi eikä erektio ulotu terskan alueelle. Leikkaus on kallis, eikä implanttien asettamisen jälkeen voida enää käyttää muita hoitokeinoja, sillä leikkauksessa joudutaan poistamaan kaikki peniksen luonnollinen paisuvaiskudos. Näistä syistä proteesi on tehokkuudestaan huolimatta yleensä viimeinen vaihtoehto erektiohäiriöiden hoitoon. (Fisken 2010, 419; Koistinen 2016.)

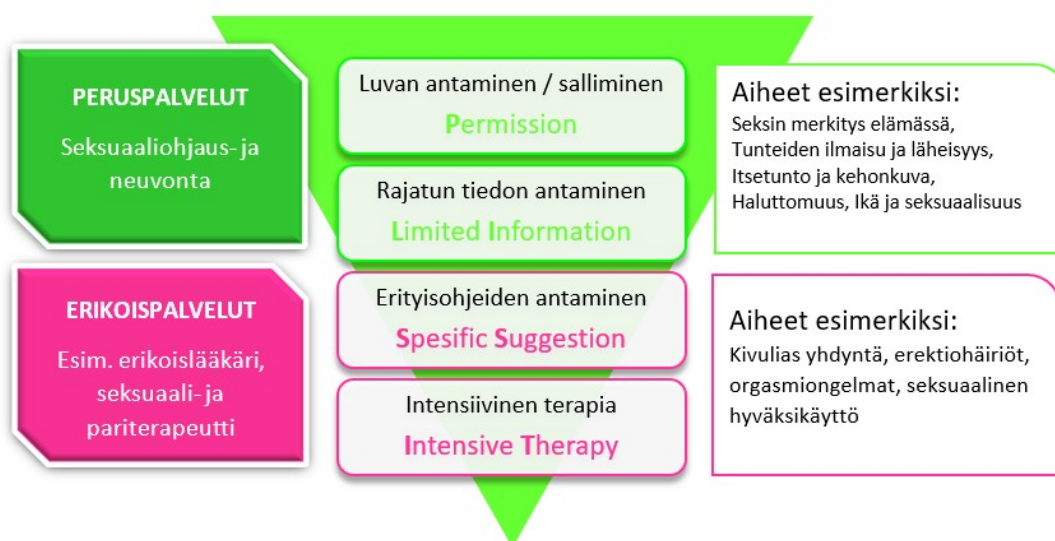
3.4 Puheeksi ottaminen

Vaikka hoitajat kokevat seksuaalineuvonnan ja -ohjauksen kuuluvan ammatillisiin velvollisuuksiinsa, suurin osa heistä ei keskustele seksuaalisuuteen liittyvistä asioista asiakkaan kanssa. Erittäin usein oletetaan, ettei asiakas halua keskustella seksuaalisuudesta tai että seksuaalisuuden puheeksi ottaminen olisi liian henkilökohtaista. Suuri osa asiakkaista kuitenkin toivoo, että seksuaalisuutta käsiteltäisiin osana heidän hoitoaan. (Fisken 2010, 416; Ryttyläinen & Valkama 2010, 131; Väisälä 2009, 38; Rutte ym. 2015, 1-2; Brekke & Vik 2017, 374.) Seksuaalisuudesta keskustellaan vastaanottotilanteissa harvoin ja yleensä potilaan aloitteesta (Jouhki, Sinisaari-Eskelinen, Tervo & Väisälä 2016, 286; Brekke & Vik 2017, 375). Ongelmien lievittyminen mahdollistuu, kun seksuaalisuuteen liittyvistä asioista puhutaan ennakkoluulottomasti ja avoimesti (Brusila 2011).

Hoitajan tulee tarjota asiakkaalleen tukea seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyssä ja antaa hänelle tietoa niihin liittyen. Luonteva hetki seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen voi olla esimerkiksi asiakkaan yleistilan kartoittamisen lomassa. Hoitajan tulee kuitenkin olla herkkä havaitsemaan sopivia hetkiä seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen myös muissa tilanteissa. Keskustelun herättäjänä voi toimia esimerkiksi aiheeseen liittyvän opaan antaminen ja keskustelu siihen liittyen, suora kysymys tai varovainen vihjaus aiheesta. Myös asiakas tai hänen läheisensä voi tehdä aloitteen keskusteluun. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 138; Pascoal, Slater & Guiang 2017, 226-228.) Seksuaalisuudesta keskusteltaessa on suositeltavaa käyttää avoimia kysymyksiä, sillä ne antavat hoitajalle huomattavasti suljettuja kysymyksiä enemmän informaatiota asiakkaan tilasta, eivätkä sulje pois erilaisia vaihtoehtoja vastauksissa. On myös tärkeää, ettei hoitaja tee oletuksia asiakkaan seksuaalisesta suuntautumisesta, vaan käyttää mahdollisimman sukupuolineutraalia kieltä ja antaa asiakkaan mieluummin kuvailla parisuhdettaan itse. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 139; Soininen 2017, 2352 – 2353.)

Terveystieteiden ammattilaisten tueksi on kehitetty useita puheeksi ottamisen työkaluja. Suomessa apuvälineenä on yleisimmin käytetty Plissit -mallia, joka määrittelee ammattilaisilta edellytettävää osaamista sekä puheeksi ottamisen tasoja. Malli on todettu toimivaksi ja tehokkaaksi työvälineeksi seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyssä. Amerikkalaisen Jack Annonin vuonna 1976 kehittämä ja myöhemmin edelleen kehitetty Plissit -malli koostuu neljästä tasosta, joilla voidaan lähestyä seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä ja ongelmia. (Väisälä 2009, 40; Rutte ym. 2015, 2; Jouhki ym. 2016, 286-288.)

Ryttyläinen ja Valkama (2010, 52) ovat kuvanneet kirjassaan puheeksi ottamisen tasoja ja antaneet esimerkkejä asioista, joita niiden puitteissa voidaan käsitellä (kuvio 3). Permission -tasolla asiakkaalle sallitaan seksuaalisuudesta puhuminen ottamalla aihe puheeksi ja normalisoidaan samalla siihen liittyviä huolenaiheita. Limited Information -tasolla tarjotaan tietoa johonkin tiettyyn rajattuun ongelmaan, johon asiakas kokee tarvitsevänsä apua. Edellä mainitut vaiheet ovat osa jokapäiväistä hoitotyötä ja potilaan kohtaamista, eikä hoitajalta vaadita lisäkoulutusta. Näillä tasoilla toimimiseen riittävät terveydenhuollon ammattihenkilöiden peruskoulutuksesta saatavat tiedot ja taidot. Specific Suggestions -tasolla pyritään tarjoamaan asiakkaalle muutosta mahdollistavia ratkaisuja, neuvoja tai harjoitteita ja ammattilaiselta vaaditaan jo täydennyskoulutusta. Intensive Therapy -tasolla ongelmaa hoidetaan erilaisin terapeuttisin menetelmin ja ammattilaisella on oltava joko seksuaaliterapeutin tai klinisen seksologin koulutus. (Väisälä 2009, 40-41; Rutte ym. 2015, 1-2; Jouhki ym. 2016, 288.)

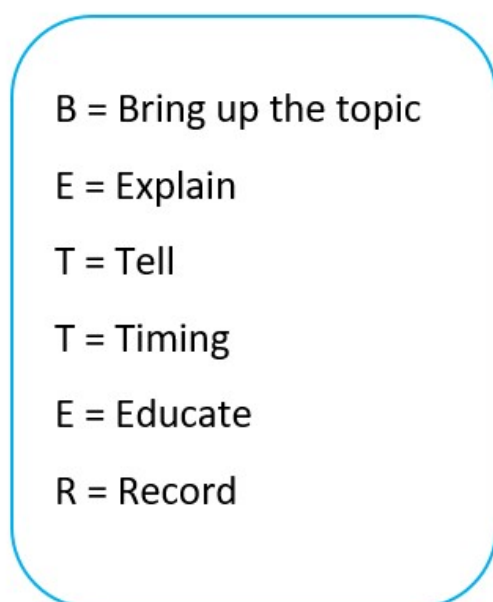


KUVIO 3. Plissit –malli ja esimerkkejä eri tasoilla käsiteltävistä asioista. (mukaillen; Ryttyläinen & Valkama 2010, 52.)

Plissit -mallin vahvuus on, että sen avulla voidaan jäsentää seksuaalisuuden puheeksi ottamisen kannalta tarvittavaa ammatillisen osaamisen tasoa suhteessa ongelmiin, joita asiakkaalla on. Malli ei kuitenkaan tarjoa konkreettisia keinoja puheeksi ottamiseen tai ohjaustyön rakenteelliseen suunnitteluun, joka on olennainen osa ohjaustilanteen sujuvuuden kannalta. Tästä syystä Plissit -malli ei yksin anna hoitohenkilökunnalle tarpeellisia välineitä toimia itse ohjaustilanteessa. Ohjaustilanteen suunnittelun onnistumisen kannalta on olennaista, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on selkeä käsitys siitä,

kuinka seksuaalisuus otetaan puheeksi ja kuinka itse ohjaustilanne etenee. (Jouhki ym. 2016, 289.)

Vaikeiden asioiden puheeksi ottamisen tueksi on kehitetty Better -malli (kuvio 4). Malli on laadittu syöpäpotilaan seksuaalisuuden tukemisen avuksi hoitajille, mutta sitä voi käyttää myös mitä tahansa muuta sairautta sairastavan asiakkaan hoidossa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 139.) Better -malli on Suomessa vähemmän käytetty, mutta toimiva puheeksi ottamisen apuväline. Malli tukee ohjaustilanteen systemaattista etenemistä ja jäsentämistä ja sisältää velvoitteen kirjaamiseen, jolloin myös jatkohoidon ja vaikuttavuuden seuranta helpottuu. (Jouhki ym. 2016, 286.)



KUVIO 4. Better -malli: ohjauksen vaiheet (mukaillen; Jouhki ym. 2016, 289)

Better -malli antaa ohjaustilanteelle toimivan rakenteen, jonka avulla työntekijän on helppo edetä seksuaalisuuden puheeksi ottamisessa. Yksinkertaisuutensa vuoksi mallin käyttöön ottaminen ei vaadi erityistä kouluttautumista vaan se on helppo omaksua. Taulukossa 1 on kuvattu tarkemmin Better -mallin sisältöalueita ja esitetty niihin liittyviä esimerkkikysymyksiä, joiden avulla seksuaalisuuteen liittyvät aiheet on luonteva ottaa puheeksi. (Jouhki ym. 2016, 289.)

TAULUKKO 1. Better -mallin sisältöalueiden esimerkkikysymykset (mukaillen; Jouhki ym. 2016, 290)

BETTER	Better-mallin eri vaiheiden sisältöalueet ja esimerkkikysymykset
Bring up the topic Ota aihe puheeksi	Otollisen ilmapiirin luominen asian puheeksi ottamiselle Otetaan asia esille: ”Meillä on tapana keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä kaikkien potilaiden kanssa. Onko teille herännyt mitään kysymyksiä asiaan liittyen?”
Explain Selitä	Puheeksi ottamisen perustelu ja vastausten löytymisen lupaaminen Perustellaan aiheen käsittelyn tärkeyttä: ”Seksuaalisuus on osa ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Pyrimme löytämään vastauksen ongelmaanne.”
Tell the patient Kerro asiakkaalle	Asiakkaan huolenaiheet ja ratkaisuehdotukset ”Jos en osaa vastata kysymyksiinne niin moniammatillinen henkilökuntamme on käytössämme. Varaamme teille halutessanne ajan asiantuntijalle.”
Timing Ajoitus	Ohjauksen oikea-aikaisuus potilaan näkökulmasta ”Olisiko nyt hyvä hetki keskustella näistä asioista? Voimme palata aiheeseen myös myöhemmin, jos haluatte?”
Educate Opeta	Sairauden ja hoitojen vaikutus seksuaalisuuteen ”Sairaudellanne ja sen hoidolla on useimmiten vaikutusta myös seksuaalisuuteen. Kävisimmekö asiaa läpi tämän materiaalin avulla? Onko teillä jo tässä vaiheessa kysymyksiä liittyen seksuaalisuuteen tai seksuaaliseen toimintakykyyn?”
Record Kirjaa	Ohjauskeskustelun, käsiteltyjen näkökulmien ja vaikutusten kirjaaminen ”Mitä kirjaamme potilastietoihinne tästä keskustelustamme?”

3.4.1 Ohjaustilanne

Asiakkaan ohjauksessa hoitaja pyrkii ohjauksellaan edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä. Ohjaus on suunnitelmallista ja pitää sisällään tiedon antamista. Hoitajan on hyvä pyrkiä tukemaan asiakasta päätöksenteossa ja ongelmanratkaisussa sekä pidättäytyä valmiiden ratkaisujen esittämisestä. Ohjaustilanteessa asiakkaan ja

hoitajan tulee olla tasa-arvoisessa asemassa, mutta asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja ohjauksen ammattilainen. (Kyngäs ym. 2007, 25-26.)

Hyvän ohjauksen lähtökohta on asiakkaan tukeminen, jotta hän pystyy hyödyntämään omia voimavarojaan ja selviytymiskykyään. Ennen ohjaustilanteen alkua tulee tunnistaa asiakkaan sen hetkinen tietotaso ja lisätiedon tarve, jotta ohjausta voidaan rakentaa yksilölliseksi ja asiakkaan tarpeiden mukaiseksi. (Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 6-7.) Ohjausta toteuttavan hoitajan tulee ymmärtää, että jokaisella asiakkaalla on omat henkilökohtaiset arvot perustuvat elämäntapansa. Terveystottumukset ovat osa asiakkaan elämää ja on epärealistista olettaa, että lyhytaikaisella ohjauksella voitaisiin muuttaa asiakkaan pitkäaikaisia tottumuksia nopeasti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 191-192.)

Asiakkaan taustatekijät vaikuttavat ohjauksen sisältöön. Hoitajan tulee ottaa ohjauksen sisällössä ja toteuttamisessa huomioon asiakkaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset sekä ympäristön sanelemat taustatekijät. Fyysisiä taustatekijöitä ovat esimerkiksi asiakkaan ikä, sukupuoli, sairaudet sekä yleinen terveydentila. Psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä saattaa olla vaikeata tunnistaa, jos asiakas ei ole hoitajalle entuudestaan tuttu. Psyykkisiä taustatekijöitä ovat esimerkiksi terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, motivaatio ja oppimisvalmiudet. Sosiaaliset tekijät pitävät sisällään esimerkiksi uskonnollisuuden, kulttuuritaustan, sosiaalisuuden sekä eettisyyden. Ympäristön taustatekijöitä ovat esimerkiksi ohjaustilanteen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ympäristö sekä hoitotyön kulttuuri. (Kyngäs ym. 2007, 31; Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 190.)

Ohjaustilanteessa on läsnä sekä sanaton, että sanallinen viestintä. Sanalliseen viestintään tulee kiinnittää huomiota ja sen tulee olla tarpeeksi selkeää ja yksiselitteistä. Sanallista viestintää tukee sanaton viestintä, jonka tarkoituksena on painottaa, täydentää tai korjata sanallista viestintää. Sanatonta viestintää ovat esimerkiksi kehonkieli, ilmeet, eleet ja teot. Ohjauksen aikana hoitajan on hyvä pystyä huomioimaan ohjaussuhteen rakentumista. Asiakkaan kehonkielen havainnointi, tarpeiden huomiointi sekä aktiivisuuteen tukeminen vaikuttavat ohjauksen tehokkuuteen. (Kyngäs ym. 2007, 38-40.)

Olennainen osa potilasohjausta on ohjauksen arviointi. Ilman arviointia hoitaja ei voi kehittyä ohjaamisessa eikä ohjausmateriaalia voida kehittää paremmaksi ja toimivammaksi. Riippuen ohjauksen luonteesta ja sisällöstä, myös asiakkaan onnistumista voidaan arvi-

oida. Hoitajan ja asiakkaan tulee asettaa hoidolle ja ohjaukselle tavoitteet, jotta sitä voidaan arvioida. Lyhyen aikavälin tavoitteiden positiivisten vaikutusten arviointi lisää asiakkaan tietoisuutta itsestään toimijana. Arviointi voi johtaa hyviin tuloksiin, sekä oman toiminnan hallintaan, kun oma edistys on osoitettavissa. (Kyngäs ym. 2007, 45.)

3.4.2 Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö

Ohjausmateriaalin käyttö ohjaustilanteessa on suositeltavaa, sillä on arvioitu, että asiakkaat muistavat 75 % siitä, mitä he näkevät ja vain 10% siitä, mitä he kuulevat. Jos ohjauksessa on hyödynnetty sekä näkö- että kuuloaistia, asiakkaat muistavat jopa 90 % heidän kanssaan läpi käydyistä asioista. Ohjauksen tehokkuuden varmistamiseksi käytössä tulisi olla erilaisia ohjausmenetelmiä. Kirjallista materiaalia ei tulisi kuitenkaan antaa asiakkaalle vain sen vuoksi, että sitä on saatavilla. Ohjausmateriaalin tulisi aina tukea ohjauksessa käytyä keskustelua. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Kirjallisessa muodossa oleva ohjausmateriaali on tärkeä osa potilasohjausta etenkin tilanteissa, joissa suulliseen ohjaukseen käytettävä aika on vähentynyt (Kyngäs ym. 2007, 124). Diabeteksen hoitoon liittyy useita vastaanottokäynneillä huomioon otettavia osia alueita ja ohjauskäynnit ovat sisällöltään laajoja. Ohjausmateriaalista voi olla hoitohenkilökunnalle suuri hyöty asioiden läpi käymisessä ja aikataulutuksessa. Parhaassa tapauksessa kirjallinen ohjausmateriaali tukee asiakkaan omaa ongelmanratkaisukykyä ja potilasohjauksen vaikuttavuutta. (Poskiparta 2015, 33.)

Kirjallisista ohjeista on erityistä hyötyä myös asiakkaalle. Asiakas voi tukeutua saamiinsa kirjallisiin ohjeisiin vastaanotto- tai sairaalakäynnin jälkeen ja tarkistaa tietoja uudelleen, mikäli jokin asia on jäänyt epäselväksi tai unohtunut. Oppaan tulee olla asiakkaan tietojen ja tarpeiden mukainen, sekä mahdollisimman paljon hänelle hyödyllistä tietoa tarjoava. Hyvä opas herättelee asiakasta miettimään omaa tilannettaan ja ottamaan häntä askarruttavat seikat puheeksi myös myöhempien vastaanottokäyntien yhteydessä. (Kyngäs ym. 2007, 124-125.)

3.4.3 Hyvä potilasohje

Toimivassa potilasohjeessa tiedon on oltava asiakkaan helposti ymmärrettävässä muodossa sekä kieliasultaan että sisällöltään. Muilta osin hyvä ja onnistunut ohjaus saattaa kärsiä huomattavasti, mikäli ohjausmateriaali on vaikeaselkoisesti kirjoitettu. Asiakas saattaa tällaisissa tapauksissa ymmärtää ohjeen sisällön väärin ja pahimmassa tapauksessa tämä voi aiheuttaa huolestuneisuutta ja pelkoja. Opas ei saa olla liian laaja tai yleis- tasolla kirjoitettu, sillä sen on vastattava yksittäisen asiakkaan tarpeisiin. (Kyngäs ym. 2007, 125; Poskiparta 2015, 31.)

Potilasohjeen ulkoasulla on lisäksi suuri vaikutus sanoman ymmärrettävyyteen. Fonttiin tulee olla riittävän iso ja aihetta voi selkeyttää kuvien ja taulukoiden avulla. Ohjeen tulee sisältää vain oleellinen tieto, joka on hyvä jäsenellä ydinkohdittain eri kappaleisiin. Konkreettiset esimerkit tai kuvaukset voivat auttaa selkiyttämään käsiteltävää asiaa. (Poskiparta 2015, 31.) Lisäksi potilasohje on hyvä antaa jo suunnitteluvaiheessa alalle kouluttamattomien ihmisten luettavaksi, sillä he huomaavat todennäköisimmin puutteet ja ohjeessa olevat, tuleville käyttäjille mahdollisesti epäselvät asiat (Järvi & Nummi 2012, 14-16).

Helposti ymmärrettävässä ja selkeässä oppaassa kerrotaan, kenelle se on tarkoitettu ja mikä on sen tarkoitus. Sisällön tulee olla ajantasainen ja tarpeeksi tarkka, mutta asia tulisi esittää vain pääkohdittain, jotta oppaasta ei tule liian laaja. Hyvä opas ottaa asiakkaan huomioon psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena. Oppaassa ei pidä käsitellä vain fyysistä vaivaa ja sen hoitoa, vaan myös sen vaikutuksia muihin elämän osa-alueisiin. (Kyngäs ym. 2007, 126.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen ja tuotokseen painottuva. Sen tarkoituksena oli tuottaa sähköisessä muodossa oleva ja tulostettava, diabetekseen liittyvistä erektiohäiriöistä kertova, asiakkaille tarkoitettu opas sekä erektiohäiriön puheeksi ottamista tukeva ohje hoitajille. Toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa teoreettisen tiedon ja käytännön yhdistelmästä syntyvää työtä, jonka tarkoituksena on tuottaa käytännön tietoa. Toiminnallisen opinnäytetyön on tarkoitus olla käytännönläheinen mutta sen tulisi silti olla tutkimuksellisella asenteella tehty. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.) Toiminnallinen opinnäytetyö vaatii opiskelijan lisäksi mukaan myös muita toimijoita, joiden kanssa opiskelija toimii opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa vuorovaikutussuhteessa ja suuntaa toimintaansa uudelleen (Salonen, 2013, 6). Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu aina sekä kirjallisesta raportista että produktista, eli toiminnallisesta osuudesta, joka voi olla esimerkiksi opas, tapahtuma tai tuote (Airaksinen 2009, 10). Työn kirjallisessa osuudessa on käsiteltävä keinoja, joilla tuotos on saavutettu (Vilka & Airaksinen 2003, 51).

Opinnäytetyön tuotoksena muodostui opas, joka toteutettiin huomioon ottaen oppaan tulevien käyttäjien tarpeet ja mielipiteet. Oppaita tulevaisuudessa käyttäviä Ylöjärven terveyskeskuksen diabeteshoitajia tavattiin oppaiden suunnitteluvaiheessa ja heiltä kysyttiin mielipidettä oppaiden sisällöstä ja ulkonäöstä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä voidaan käyttää joko yksilö- tai ryhmähaastattelua, joista jälkimmäinen toimii hyvin tilanteessa, jossa halutaan selvittää, mitä tuotoksen tuleva kohdeyleisö toivoo tuotokselta (Vilka & Airaksinen 2003, 63). Toiminnallisten opinnäytetöiden kohdalla tutkimushaastattelun sijaan myös konsultaatiot tarkkaan valituille henkilöille voivat toimia. Tällöin litterointia ei tarvita, sillä tarkoituksena on lähinnä tarkistaa faktatietoa. (Vilka & Airaksinen 2003, 63-64.) Tässä opinnäytetyössä litterointia ei ollut tarpeellista tehdä, sillä kyseessä oli haastattelun sijaan konsultaatio.

Kirjallisessa muodossa olevan tuotoksen toteutuksessa on otettava huomioon sekä sen tuleva käyttötarkoitus, erityispiirteet että kohderyhmä. Kirjoitusasun tulee olla kohderyhmää puhutteleva, mutta asiallinen. Tuotoksen ulkoasusta on hyvä keskustella myös toi-

meksiantajan kanssa, jotta se palvelee käyttötarkoitustaan mahdollisimman hyvin. (Airaksinen 2009, 22-23.) Tässä opinnäytetyössä toimeksiantajan tarpeet otettiin suunnitteluvaiheessa huomioon. Kirjoittajat keskustelivat tuotosta tulevaisuudessa käyttävien hoitajien kanssa ja pyysivät heiltä palautetta valmiista tuotoksista, ennen niiden lopullista valmistumista. Informatiivisten tuotosten, kuten oppaiden kohdalla lähdekritiikin merkitys nousee huomattavaksi ja luotettavien lähteiden käyttö on erityisen tärkeää. Opinnäytetyön raporttiosuudesta täytyy myös käydä ilmi, kuinka opinnäytetyössä käytettyjen tietojen luotettavuus on varmistettu. (Vilka & Airaksinen 2003, 53.) Tässä opinnäytetyössä lähteinä käytettiin vain kirjoittajien luotettaviksi toteamia lähteitä ja lähdeviitteet merkittiin tarkasti. Lähdetietoa luettiin runsaasti ja sama tieto etsittiin mahdollisuuksien mukaan useammasta eri lähteestä, jotta sen luotettavuudesta voitiin varmistua.

4.2 Tuotoksen toteuttamisen vaiheet

Tuotoksen suunnittelu aloitettiin vasta, kun työn teoreettinen osuus oli melkein valmis, sillä oppaan koostaminen vaati hyvän tietopohjan. Ensimmäiseksi päätettiin, millaiseen muotoon opas halutaan tehdä. Nelisivuiseen taitettavaan vihkoseen päädyttiin, sillä se on helppo tulostaa työasemalta ja on työn tekijöiden mielestä virallisen ja kiinnostavan näköinen. Tuotoksen suunnitteluvaiheessa, helmikuun lopulla, käytiin haastattelemassa Ylöjärven terveyskeskuksen diabeteshoitajia, koska oppaasta haluttiin mahdollisimman hyvin heidän tarpeitaan vastaava. Hoitajilta saatiin palautetta suunnitelmasta ja he pohtivat, voisiko oppaita olla kaksi, joista toinen olisi tarkoitettu vasta sairastuneille diabeetikoille ja toinen jo kauemmin sairastaneille. Lopulta päädyttiin kuitenkin koostamaan vain yksi, molempien ryhmien tarpeita palveleva opas, jossa puhutaan sekä ennaltaehkäisystä, että hoidosta. Yhden oppaan ajateltiin olevan selkeämpi ja helppokäyttöisempi hoitajia ajatellen. Käynnin ansiosta saatiin kuitenkin idea koostaa erillinen ohje hoitajille, sillä he kokivat puheeksi ottamiseen liittyvälle tiedolle olevan tarvetta. Kahteen tuotokseen päädyttiin selkeän lopputuloksen saavuttamiseksi. Hoitajille tarkoitettua materiaalia ei haluttu samaan oppaaseen asiakkaille tarkoitetun informaation kanssa.

Jo oppaan suunnitteluvaiheessa oli selvää, että oppaan sivuille, tekstin joukkoon haluttiin kuvia. Kuvat suunniteltiin ensin haettavan ilmaisen kuvapalvelun kautta. Erektiohäiriöt ovat arka aihe, eikä oppaalla haluttu loukata ketään, joten kuvien löytäminen osoittautui-

kin suunniteltua haastavammaksi. Sopivia kuvia ei löytynyt valmiista, vapaasti käytettävistä kuvista ja seuraava suunnitelma oli ottaa kuvat itse. Tämäkin idea hylättiin kuitenkin nopeasti, sillä valokuvien kautta olisi ollut vaikeaa välittää suunniteltua viestiä. Lisäksi kuvituksen haluttiin olevan mahdollisimman samaistuttava kaikille opasta käyttäville asiakkaille, jolloin kuvissa esiintyvän mallin valinta olisi muodostunut haasteeksi.

Oppaaseen päädyttiin pyytämään piirroskuvat ammattilaiselta, sillä oppaan ei haluttu näyttävän huolimattomasti tehdyltä. Kuvia alettiin suunnitella heti, kun taiteilijalta saatiin tieto, että tilaustyö onnistuisi suunnitellulla aikataululla. Hahmosta ei haluttu realistisen näköistä ihmistä, vaan selkeästi piirroshahmomainen, jotta se olisi mahdollisimman monille ja eri ikäisille ihmisille samaistuttava. Kuvista haluttiin lisäksi mahdollisimman yksinkertaiset, jotta ne eivät veisi liikaa huomiota itse aiheelta. Ensin suunniteltiin, että kannen kuvassa olisi sängyn laidalla istuva mies ja hänen takanaan makaisi nainen, joka sanoisi miehelle jotakin. Tämä ei olisi kuitenkaan ollut hyvä ratkaisu, sillä hoitotyössä on tärkeää olla olettamatta asiakkaan seksuaalista suuntautumista. Lopulta päädyttiin kuvaan, jossa mies istuu sängyn laidalla eikä taustalla näy ketään.

Tuotosten ensimmäiset versiot lähetettiin Ylöjärven terveyskeskuksen diabeteshoitajille ja heiltä pyydettiin palautetta ja kehitysehdotuksia töihin liittyen. He olivat tyytyväisiä oppaisiin, mutta esittivät toiveen, että asiakkaille tarkoitetussa oppaassa mainittaisiin myös diabeteksen hyvän hoitotasapainon vaikutus erektiohäiriöiden ehkäisyyn. Heidän ehdottamansa lisäys tehtiin oppaaseen, jonka jälkeen tuotokset olivat valmiit. Yhteistyö hoitajien kanssa oli alusta saakka sujuvaa, mikä helpotti työskentelyä tuotosten suhteen. Tuotokset annettiin vielä ennen palautusta alalle kouluttamattomien ihmisten luettaviksi, jotta voitiin varmistua, ettei niissä ole mitään vaikeasti ymmärrettävää.

4.3 Tuotoksen kuvaus

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi opas diabetesta sairastavien miesten erektiohäiriöistä, sekä erillinen puheeksi ottamisen malli henkilökunnalle. Molemmat tuotokset ladattiin Ylöjärven henkilökunnan käyttöön heidän omalle työasemalleen, josta niitä voidaan tulostaa käyttöön tarvittaessa. Tuotokset suunniteltiin ja toteutettiin Microsoft Word -ohjelmalla ja kaikki niissä käytetyt kuvat on piirtänyt Anna Korhonen. Kuvien käyttöoikeu-

det ostettiin itse kuvittajalta, joka teki ne työn tekijöiden toiveiden mukaan. Työelämäta-hon kanssa sovittiin, että he vastaavat tarvittaessa tuotosten viimeistelemisestä, jotta niistä tulee ulkomuodoltaan samankaltaisia kuin muu heidän käytössään oleva materiaali.

Tuotokset perustuvat opinnäytetyön teoreettisille lähtökohdille. Asiakkaille tarkoitettuun oppaaseen pyrittiin sisällyttämään kaikki oleellinen ja tärkeä tieto erektiohäiriöstä sekä sen hoidosta. Tieto kuitenkin rajattiin pääkohtiin, jotta oppaasta tuli helppolukuinen ja helposti sisäistettävä. Hoitajille tarkoitettussa ohjeessa perusteltiin seksuaalisuuteen liitty-vien aiheiden puheeksi ottamisen tärkeyttä, jotta voitiin varmistaa, että mahdollisimman moni hoitaja käyttää sitä osana ohjaustyötään.

Asiakkaille tarkoitettu opas on tulostettava ja A5-kokoiseksi, nelisivuiseksi vihkoseksi taiteltava. Oppaassa käsitellään erektiohäiriöiden syitä, niiden hoitoa ja ennaltaehkäisyä sekä tahoja, joilta erektiohäiriön hoitoon voi hakea apua. Oppaan teksti on yleiskieltä eikä ammattitermejä ole käytetty, jotta tieto on käyttäjille helposti ymmärrettävää. Oppaassa on digitaalisesti piirrettyjä kuvia, jotka tekevät siitä ulkoasultaan mielenkiintoisemman ja tiedon sisäistämistä on pyritty helpottamaan esittämällä osa tiedosta kuvion muodossa. Kuviin haluttiin mahdollisimman iätön ja samaistuttava hahmo, jotta opas puhuttelee kaikkia ikäryhmiä. Värit ovat hillityt ja kuvat on pyritty pitämään mahdollisimman asial-lisina. Oppaan fontti on Calibri ja teoriaosuuksien fonttikoko 12. Väliotsikoiden koko on 14 ja ne on alleviivattu, jotta eri osiot erottuisivat selkeästi. Oppaan pääotsikko on kah-della rivillä ja rivien fonttikoot ovat 36 ja 20. Pääotsikoksi valittiin ”Sinulle, joka mietit:” sillä oppaan etusivulla, otsikon alla olevassa kuvassa on sängynlaidalla istuva mies ja ajatuskupla, jossa lukee: ”Mitäs nyt?”. Otsikon haluttiin puhuttelevan oppaan saavaa miestä ja aiheen arkaluontoisuuden vuoksi päädyttiin otsikkoon, joka ei vielä paljasta mistä on kyse. Kuvan alla on tekstiosio, jossa kerrotaan erektiohäiriöistä ja niiden ylei-syydestä. Muilla sivuilla on lyhyitä tekstiosioita erektiohäiriöiden syistä, ehkäisystä ja hoidosta ja kannen hahmo esiintyy myös näillä sivuilla olevissa kuvissa.

Hoitajille tarkoitettu työväline on tulostettava ohje, jonka toisella puolella on alustus pu-heeksi ottamisen tärkeydestä ja toisella puolella taulukkomuotoinen Better -malli pu-heeksi ottamisen tueksi. Mallissa on esimerkkikysymyksiä, joita voidaan käyttää ohjaus-tilanteen helpottamiseen. Ohje on kaksipuoliseksi tulostettava ja se on tarkoitus laminoida hoituhuoneeseen, jotta se on aina tarvittaessa helposti saatavilla. Ohjeen fontti on Minion pro ja fonttikoko 12, otsikon fonttikooksi valittiin 18. Sivulle lisättiin myös asiakkaille

tarkoitettussa oppaassa esiintyvä kuva, jossa hoitaja keskustelee potilaan kanssa, sillä sen ajateltiin lisäävän ohjeen kiinnostavuutta. Toisella puolella olevan Better -taulukon fonttikoko on 12 ja esimerkkikysymykset on lihavoitu, jotta ne erottuisivat helposti muusta tekstistä.

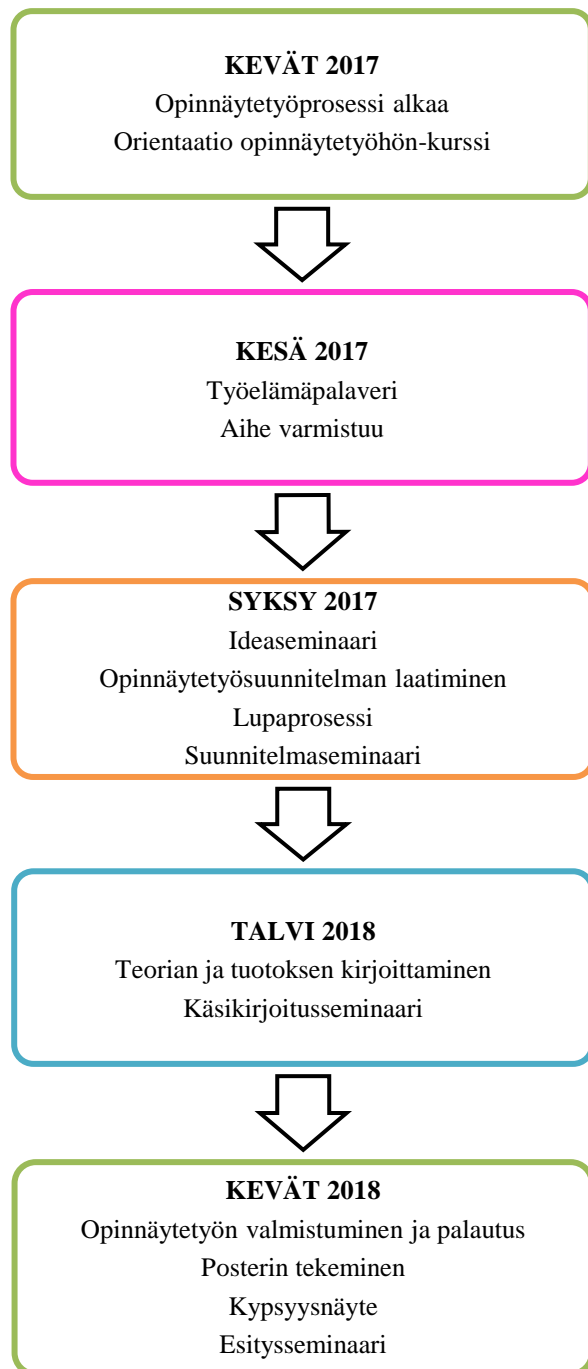
4.4 Opinnäytetyöprosessin eteneminen

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin keväällä 2017. Tässä vaiheessa pidettiin myös ensimmäinen palaveri opinnäytetyöhön liittyen ja suunniteltiin, millä aikataululla opinnäytetyötä aletaan kirjoittaa. Samalla kartoitettiin kaikki asiat, joita sen hetkisessä vaiheessa täytyi ottaa huomioon ja kirjoitettiin ne ylös. Myös aiheita mietittiin alustavasti ja huomattiin, että seksuaalisuuteen jollakin tavalla liittyvän, tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tekeminen kiinnosti molempia. Elokuussa 2017 Ylöjärven terveyskeskuksessa pidettiin työelämäpalaveri, jonka aikana sovittiin opinnäytetyön aiheesta työelämäyhteyshenkilönä toimivan osastonhoitajan sekä ylilääkärin kanssa.

Aihevalinnan varmistuttua tietoa alettiin etsiä heti ja samalla koostettiin alustavaa opinnäytetyön suunnitelmaa. Myös teoreettista viitekehystä kartoitettiin hieman, mutta se muokkautui vielä paljon kirjoittamisprosessin varrella. Ideaseminaarissa syyskuun alussa esiteltiin aihe ja alustavat tavoitteet, sekä idea tuotoksesta. Suunnitelma saatiin valmiiksi lokakuussa 2017 ja samalla haettiin tutkimuslupaa. Tutkimuslupaa odottaessa jatkettiin tiedonhaun prosessia. Tiedonhakuun käytettiin erilaisia tietokantoja ja lähteitä, sekä MeSH-asiasanoja, jotta voitiin varmistua mahdollisimman monipuolisesta ja luotettavasta teorialietopohjasta.

Helmikuussa 2018 työn teoriaosuus oli jo lähes valmis. Työhön tehtiin vielä muutamia muutoksia käsikirjoitusseminaarissa saadun palautteen pohjalta. Ulkoasua tarkisteltiin ja muokattiin mahdollisimman hyvin ohjeita vastaavaksi. Tuotokset valmistuivat helmikuussa Ylöjärvellä diabeteshoitajien kanssa käydyn keskustelun jälkeen. Tämän jälkeen työhön laadittiin vielä tiivistelmä, abstrakti ja pohdintaosuus. Lisäksi laadittiin posterit ja opinnäytetyön raporttiosuus sekä tuotokset käytiin vielä kerran yhdessä läpi, jotta niiden sisällön moitteettomuudesta voitiin varmistua. Kuviossa 5 on kuvattu opinnäytetyöprosessille tehty aikataulusuunnitelma, joka on laadittu ennen opinnäytetyöprosessin alka-

mista. Prosessi on edennyt aikataulun mukaisesti ja opinnäytetyön ohjausta on hyödynnetty koko prosessin ajan. Aikataulu on luonut selkeät raamit työn etenemiselle ja helpottanut prosessin hahmottamista.



KUVIO 5. Opinnäytetyöprosessin etenemissuunnitelma.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Ammattikorkeakouluissa tehty tutkimus voi olla toiminnallisia tekoja, joissa on tehty selvitystä jonkin tuotoksen, kuten oppaan toteuttamiseksi. Vaikka ammattikorkeakouluissa tehtyjä opinnäytetöitä ei katsota tieteellisiksi tutkimuksiksi, tulee niiden tekemisessä noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Vilka & Airaksinen 2003.) Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) on määritellyt ohjeistuksen siitä, millainen tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa. Tutkimuksen tulokset ovat uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tutkimuseetiikan näkökulmasta on olennaista, että tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Näitä ovat esimerkiksi rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus niin tutkimustyössä, tulosten esittämisessä kuin arvioinnissakin. Tämän työn kirjoittajat ovat toimineet rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti koko opinnäytetyöprosessin ajan, jotta opinnäytetyö olisi mahdollisimman luotettava.

American Nurses Association (ANA) on julkaissut hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet vuonna 1995. Ohjeissa käsitellään tutkijan erilaisia eettisiä periaatteita. Ohjeissa kuvataan, että tutkijan tulee ymmärtää tutkittavien persoonallisia eroja, heidän perhettään sekä arvostaa heidän erilaisuuttaan. Tutkijan tulee myös varmistaa, että kaikki tutkittavat ovat samanarvoisia, kun otetaan huomioon tutkimuksen hyödyt ja haitat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217.) Opinnäytetyössä ei ole tutkittu erektiohäiriötä sairastavista koostuvaa ihmisryhmää, mutta opinnäytetyön toiminnallinen osuus eli potilasohje on suunnattu erektiohäiriöstä kärsivien asiakkaiden käyttöön. Eettisiä ohjeita on pohdittu heidän kannaltaan ja ohjeet on otettu tarkasti huomioon potilasohjetta suunniteltaessa. Asiakkaiden yksilölliset eroavaisuudet on huomioitu ja oppaan käyttäjiä on pyritty kohtelemaan mahdollisimman samanarvoisesti opasta suunniteltaessa. Lisäksi aiheen mahdollinen arkaluonteisuus ja herkkyys on otettu huomioon. Oppaaseen valituissa kuvissa ei ole edustettuna mikään seksuaalista suuntautumista kuvaava ryhmä. Opasta ei myöskään ole suunnattu vain parisuhteessa eläville miehille. Kuvat opasta varten tilattiin kuvittajalta ja niiden suunnitteluvaiheessa pidettiin tärkeänä sitä, etteivät ne tule olemaan humoristisia tai muuten loukkaavia. Tuotoksen kuvitusta pidettiin kuitenkin merkityksellisenä, sillä kuvat lisäävät oppaan kiinnostavuutta, puhuttelevuutta ja selkeyttä. Aiheen

arkaluontoisuus otettiin huomioon myös oppaassa käytetyssä tekstissä ja sen sanavalinnoissa.

Tutkimuksessa toteutetaan eettisesti kestäviä menetelmiä tiedonhankinnassa ja kunnioitetaan muiden tutkijoiden tekemää työtä viitaten heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla ja tietoa vääristelemättä. Tutkimus suunnitellaan ja raportoidaan asetettujen vaatimusten mukaisesti ja tarvittavat tutkimusluvut hankitaan aikataulunmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Vilkka 2015, 41-42; Hirsjärvi ym. 2009, 23-24.) Tässäkin opinnäytetyössä on alusta saakka pyritty kunnioittamaan tutkijoita ja kirjoittajia, joiden julkaisuja lähdemateriaalina on käytetty. Lähdeviittemerkinnät on merkattu asianmukaisesti ja käytetty tieto on kirjoitettu sitä manipuloimatta. Nämä asiat tekevät tästä opinnäytetyöstä luotettavan ja eettisesti kestävän.

Tieteellisen tutkimuksen kohde on määriteltävä täsmällisesti ja tarkasti. Tutkimuksen on lisäksi tuotettava jotakin uutta ja hyödyllistä. (Vilkka 2015, 31.) Tämä opinnäytetyö noudattaa tutkimukselle asetettuja ehtoja myös kohteen tarkan ja täsmällisen määrittelemisen osalta. Työn tutkimuskohteena ovat diabetesta sairastavien miesten erektiohäiriöt ja niiden puheeksi ottaminen osana hoitotyötä. Opinnäytetyön aikaisessa suunnitteluvaiheessa kirjoittajille oli tärkeää löytää aihe, joka tuottaa materiaalia sairaanhoitajien käyttöön ja helpottaa heidän työtään. Opinnäytetyöstä hyötyvät sekä erektiohäiriöistä kärsivät potilaat, että sairaanhoitajat, jotka käsittelevät seksuaalisuuteen ja erityisesti erektiohäiriöihin liittyviä asioita asiakkaiden kanssa. Lisäksi aiheen esille nostaminen opinnäytetyön kautta lisää keskustelua yleisestä, mutta liian vähälle huomiolle jääneestä asiasta. Diabeetikoiden erektiohäiriöistä on olemassa tietoa rikkonaisesti ja joissakin potilasohjeissa erektiohäiriöt mainitaan diabeettisen neuropatian oireena. Saatavilla ei kuitenkaan ole kattavaa opasta, joka käsittelee ainoastaan diabeetikoiden erektiohäiriöitä.

Tutkimuksen olennainen osa on saman ammattialan aiempien aiheeseen liittyvien tutkimusten kartoittaminen ja hyödyntäminen tiedon lähteenä. (Vilkka 2015, 31.) Aiheeseen liittyvää teoria- ja tutkimustietoa on etsitty ja arvioitu aiheen valinnasta saakka koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tiedon ajantasaisuutta on pidetty tärkeänä kriteerinä sen luotettavuuden kannalta ja sen vuoksi työssä on pyritty käyttämään vain alle kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Kaikki käytetty aiheeseen liittyvä teorian tieto on pääosin noudattanut kyseistä pyrkimystä. Asiassa on jouduttu tekemään vain muutama poikkeus, sillä kyseiset

oppikirjat olivat ainoa kattava lähde alueiden aiheista. Tiedon laadun ja luotettavuuden kannalta pidettiin tärkeänä, että sama tieto oli löydettävissä useista eri lähteistä.

Opinnäytetyötä kirjoittaessa plagioinnin välttäminen on yhtä tärkeää kuin minkä tahansa tutkimuksen kohdalla. Plagiointi tarkoittaa toisen tutkijan tulosten tai ajatusten varastamista ja niiden esittämistä ominaan. Tiedon hakeminen internetistä on erittäin helppoa, joten lähdekriittisyyteen ja tiedon alkuperään on kiinnitettävä erityistä huomiota. Lähdeviitteiden tarkka merkitseminen on erityisen tärkeää plagioinnin ehkäisemiseksi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 78.) Tässä opinnäytetyössä lähteitä on käytetty asianmukaisesti ja alkuperäisiä kirjoittajia kunnioittaen. Lähdeluettelo ja –viitteet on merkitty Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeen mukaan. Valmis opinnäytetyö ladattiin plagiaatintunnistusjärjestelmä Urkundiin, jotta pystyttiin todistamaan, ettei työtä tai sen osia ole plagioitu.

Verkkolähteiden käyttöä pohdittiin tarkkaan, jotta voitiin varmistua tiedon luotettavuudesta. Seksuaalilääketieteen asiantuntijatehtävissä toimivan Juhana Pihan Seksuaaliterveysklinikka.fi- sivustolta löytyneiden artikkeleiden käyttöä lähdemateriaalina pohdittiin erityisen tarkasti. Sivustoa päädyttiin lopulta käyttämään lähteenä, sillä tiedot näyttäytyivät luotettavina ja niiden takana on asiantuntijoista koostuva tiimi. Sivustolla kerrotaan lisäksi tiedon olevan näyttöön perustuvaa, eikä sivustoa tai sen sisältöä ohjaa mikään kaupallinen toimija.

Kansainvälisiä lähteitä aiheista löytyi vaivatta ja näitä tutkimustuloksia pystytään rinnastamaan Suomessa tehtyihin tutkimuksiin, sillä diabetesta sairastavat miehet kärsivät erektiohäiriöistä yhtä lailla niin ulkomailla kuin Suomessa. Tämän opinnäytetyön luotettavuutta on pyritty lisäämään myös pyytämällä palautetta ohjaajavalta opettajalta, työelämätaholta sekä opponenteilta. Saadun palautteen jälkeen muutokset on toteutettu aina kun niiden on uskottu parantavan työtä.

Tekijänoikeuslain (1961/404) mukaan tekijänoikeus on henkilöllä, joka on luonut teoksen. Tämän opinnäytetyön tekijöillä on tekijänoikeus sekä tuotoksiin, että opinnäytetyöraporttiin, mutta Ylöjärven terveyskeskuksen työntekijät saavat käyttää tuotoksia vapaasti materiaalinaan. Opinnäytetoissa ei saa käyttää tekijänoikeussyistä muiden kuvia tai piirroksia, joten kuvat on ostettu tilaustyönä toiselle kirjoittajalle tutulta taiteilijalta Anna Korhoselta. Piirtäjällä on tekijänoikeudet tilattuihin kuviin, mutta niiden käyttöoikeus on

ostettu tätä opinnäytetyötä varten. Tekijän nimi ja lähde on mainittava, mikäli teos saatetaan yleisön saataviin (Tekijänoikeuslaki 1961/404). Tuotetussa oppaassa mainitaan taiteilijan nimi sekä hänen Instagram -tilinsä ja raporttiosuuteen tulneiden kuvien ohessa mainitaan kuvien piirtäjä.

Kaikista opinnäytetyön tekemisestä aiheutuneista kuluista vastasivat työn kirjoittajat itse. Matkakuluja syntyi tuotoksiin liittyviin diabeteshoitajien haastatteluihin sekä työelämäpalaveriin kulkemisesta, sillä molemmat tapahtuivat Ylöjärvellä. Taiteilijalta ostettiin yhteensä viisi kuvaa, joita käytettiin havainnollistamaan raporttiin kuuluvaa teoriaosiota erektiolääkkeistä ja elävöittämään opasta. Kuluja syntyi lisäksi opinnäytetyöprosessiin kuuluvan posterin painattamisesta sekä valmiin opinnäytetyön kansittamisesta.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa sähköisessä muodossa oleva ja tulostettava, diabetesiin liittyvistä erektiohäiriöistä kertova, asiakkaille tarkoitettu opas sekä erektiohäiriön puheeksi ottamista tukeva ohje hoitajille. Tuotoksena syntyi kaksi tulostettavaa opasta, joista toinen tulee hoitajien käyttöön ja toinen asiakkaille mukaan jaettavaksi. Hoitajille tarkoitettussa ohjeessa esitellään puheeksi ottamista tukeva Better -malli ja esimerkkikysymyksiä helpottamaan aiheesta keskustelua. Asiakkaille tarkoitettussa oppaassa esitetään teorial tietoa erektiohäiriöistä, niiden hoidosta ja niiden syntyyn vaikuttavista tekijöistä.

Ensimmäinen tehtävä oli selvittää, miten diabetes vaikuttaa erektioon. Tutkimusten mukaan diabeteksen aiheuttama autonominen neuropatia vaurioittaa siittimen verisuonistoa ja hermoratoja. Lisäksi on olemassa erektiohäiriöitä edesauttavia tekijöitä kuten ylipaino, jotkin muut sairaudet, tupakointi ja liiallinen alkoholinkäyttö. Myös diabeteksen huono hoitotasapaino nopeuttaa neuropatian etenemistä ja aikaistaa seksuaalista ikääntymistä.

Toinen tehtävä oli selvittää, kuinka ottaa diabeetikon erektiohäiriö puheeksi. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen kuuluu jokaisen sairaanhoitajan työnkuvaan, mutta se voi tuntua joidenkin ammattilaisten mielestä haastavalta. Seksuaalisten toimintahäiriöiden pu-

heeksi ottamisen tueksi on kehitelty erilaisia työkaluja. Tässä opinnäytetyössä keskityimme Plissit- ja Better -malleihin, jotka toimivat yhdessä seksuaalisuuden puheeksi ottamisen apuvälineinä.

Kolmas tehtävä oli selvittää, millainen on hyvä potilasohje. Hyvä potilasohje on selkeä ja informatiivinen. Tässä opinnäytetyössä oppaan sisältö perustuu työn teoreettisille lähtökohdille ja pitää sisällään olennaisimman tiedon aiheesta. Oppaassa käytetty kieli on helpposti ymmärrettävää eikä ammattitermistöä ole käytetty. Oppaan arkaluontoinen aihe on otettu huomioon ulkoasua ja sisältöä suunniteltaessa, jotta opas ei ole loukkaava tai leimaava.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoisuutta diabeteksen vaikutuksesta erektioon ja kehittää ohjausta entistä laajemmaksi, jotta seksuaalisuuden vaikutusta diabetesta sairastavan miehen hyvinvointiin ei unohdeta. Tavoite täyttyi, sillä opinnäytetyön tuotokset tulivat Ylöjärven terveystieteiden keskuksen käyttöön. Työn kautta henkilökunta saa lisää tietoa diabeteksen vaikutuksesta erektiohäiriön syntyyn ja erektiohäiriöiden hoidosta sekä käytännön materiaalia hoitotyön tueksi. Opinnäytetyön kautta aiemmin vaietun aiheen tietoisuus lisääntyi myös muiden sairaanhoitajaopiskelijoiden keskuudessa.

Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää, onko opinnäytetyöstä ja tuotoksista ollut hyötyä hoitajille sekä onko potilasohje ollut käytössä. Hyödyllistä olisi selvittää myös, kuinka hoitohenkilökunta suhtautuu seksuaalisuuteen liittyvien aiheiden puheeksi ottamiseen osana hoitotyötä ja kuinka asiaa voisi mahdollisesti helpottaa lisää. Uskomme, että myös monien muiden sairauksien hoidon tueksi olisi hyvä kehittää oppaita, jotka käsittelevät seksuaalisuutta ja näin helpottavat puheeksi ottamista ja tiedon jakamista.

Opinnäytetyötä olisi mahdollista kehittää paneutumalla potilaiden toiveisiin siitä, kuinka seksuaalisuuteen liittyviä asioita tulisi ottaa puheeksi. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen on osa sairaanhoitajien työnkuvaa, mutta myös kokeneet sairaanhoitajat ovat mieltäneet asian käsittelyn haastavaksi. Työtä varten haastatellut diabeteshoitajat toivat myös esille toiveen julisteesta, joka käsittelee seksuaalisuuden puheeksi ottamista asiakkaiden kanssa. Tämä voisi toimia työpaikan seinällä herättämässä ammatillista keskustelua ja helpottamassa seksuaalisuuteen liittyvien asioiden puheeksi ottamista asiakkaiden kanssa.

5.3 Pohdinta

Hyvä opinnäytetyön tekemisen lähtökohta on valita aihe, joka todella kiinnostaa kirjoittajia itseään. (Hirsjärvi ym. 2009, 77.) Aihevalintaamme ohjasi kiinnostus seksuaaliterveyteen ja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen hoitotyössä. Tahdoimme tuottaa opinnäytetyömme kautta konkreettista materiaalia, jonka avulla hoitotyötä voitaisiin helpottaa tällä alueella. Toinen työn kirjoittajista oli huomannut avoterveydenhuollon harjoittelun aikana hoitajien keskustelevan diabeetikoiden kanssa erektiohäiriöistä ilman materiaalia aiheesta ja toisen kirjoittajan ohjaaja kertoi harjoittelun aikana, että seksuaalisuuteen liittyvien asioiden puheeksi ottaminen on hänelle vaikeaa ja kiusallista. Päätimme tehdä oppaan, joka helpottaa keskustelua ja tiedon jakamista erektiohäiriöistä. Ollessamme yhteydessä Ylöjärven diabeteshoitajiin saimme tietää, että myös heillä on oppaalle tarvetta.

Aiheen löytymisen jälkeen, on sitä usein rajattava. Aihetta rajatessa on tarkennettava ajatusta siitä, mitä aiheesta haluaa tietää ja mitä tiedolla haluaa osoittaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 81.) Opinnäytetyömme aiheen rajaaminen tehtiin pian aiheen valitsemisen jälkeen. Etsimme tietoa erektiohäiriöistä, puheeksi ottamisesta ja hyvän potilasohjeen koostamisesta. Keskityimme erektiohäiriöistä kertovassa osuudessa niiden ehkäisyyn ja hoitoon, sekä siihen, kuinka erektiohäiriö vaikuttaa miehen seksuaalisuuteen, jotta aiheesta ei tullut liian laaja. Erektiohäiriöiden vaikutusta diabetesta sairastavan miehen seksuaalisuuteen ei ole erikseen tutkittu, joten päädyimme käsittelemään erektiohäiriöiden vaikutusta kaikkien miesten seksuaalisuuteen, jotta saimme aiheesta mahdollisimman luotettavaa tietoa.

Opinnäytetyön tehtävät ovat ohjanneet työmme suuntaa koko opinnäytetyöprosessimme ajan ja olemme mielestämme onnistuneet vastaamaan niihin kattavasti. Lisäksi tuotoksemme vastaavat opinnäytetyön tarkoitusta. Opinnäytetyöprosessi opetti meille yhteistyötaitoja ja organisointikykyä, sillä toimimme koko prosessin ajan yhteistyössä sekä keskenämme, että työelämätahon kanssa. Käytimme myös opettajan ohjausta aktiivisesti koko kirjoittamisen ajan kehittääksemme työtämme mahdollisimman hyväksi. Saimme tärkeää palautetta lisäksi opponenteiltamme, sekä muilta samaan opinnäytetyöryhmään kuuluvilta opiskelijoilta. Toivomme, että opinnäytetyömme tavoite laajemmasta ohjauksesta diabetekseen liittyvien erektiohäiriöiden osalta täyttyy laatimiemme tuotosten avulla.

Keskinäinen yhteistyömme opinnäytetyöprosessin ajan oli sujuvaa ja joustavaa. Tapamme kirjoittaa tekstiä on yhtenevä, mutta koimme myös tärkeäksi tarkistaa tekstien yhteensopivuuden yhdessä työn tekemisen aikana. Aluksi jaoin teорияosuuden aiheet puoliksi. Molemmat vastasivat tiedonhausta omien alueidensa osalta ja lisäksi etsimme tietoa myös yhdessä. Toimintatapamme ovat samankaltaiset keskenään, joten työn kirjoittamista ja suunnittelua oli helppo toteuttaa. Teimme opinnäytetyötä sekä fyysisesti yhdessä, että etätyönä Word Onlinen kautta. Tämä mahdollisti myös kommenttien reaaliaikaisen jakamisen työhön liittyen ilman, että molempien täytyi olla fyysisesti samassa paikassa. Olimme yhteydessä toisiimme usein myös puhelimitse ja sähköpostitse opinnäytetyöhön liittyvissä asioissa. Opinnäytetyön etenemistä varjostivat henkilökohtaisessa elämässä tapahtuneet muutokset. Etenkin opinnäytetyöprosessin loppupäässä toisen kirjoittajan lapsen sairastuminen vei huomiota opinnäytetyön tekemiseltä, mutta pysyimme kuitenkin aikataulussa ja työ eteni suunnitelman mukaan.

Opinnäytetyöprosessi oli opettavainen ja antoisa matka. Kiinnostuksemme aihetta kohtaan säilyi loppuun saakka ja koimme onnistumista, kun saimme työmme etenemään aikataulusuunnitelman mukaisesti. Etenkin tuotoksen valmistuminen tuntui hienolta, sillä tarkoituksenamme oli tuottaa hyödyllistä ja oikeasti käyttöön tulevaa materiaalia hoitotyön tueksi. Syvensimme työn kirjoittamisen myötä myös tietopohjaamme seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen liittyen. Tästä tulee varmasti olemaan hyötyä sekä meitä molempia kiinnostavien seksuaalineuvonnan jatko-opintojen, että etenkin tulevan työelämään siirtymisen suhteen. Koemme, että työllämme oli tarkoitus ja se teki opinnäytetyön kirjoittamisesta mielekästä ja palkitsevaa.

LÄHTEET

- Airaksinen, T. 2009. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen. Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä. Luettu 13.2.2018. <https://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnytety-tekstin>
- Ala-Opas, M. 2017. Erektiohäiriötä kannattaa hoitaa. Lääkärilehti 72 (24), 1557 – 1561.
- Bala, A., Hellstrom, W. & Nguyen, H. 2018. Post-SSRI Sexual Dysfunction: A Literature Review. Sexual Medicine Reviews 6 (1), 29-34.
- Brekke, M. & Vik, A. 2017. Do Patients Consult their GP for Sexual Concerns? A Cross Sectional Explorative Study. Scandinavian Journal of Primary Health Care 35 (4), 373-378.
- Brown, M., Duff, H., Boyd, M. & Shaw, J. 2012. Management of Erectile Dysfunction in Adult Men with Learning Disabilities and Diabetes. Diabetes & Primary Care 14 (2), 120-126.
- Brusila, P. 2011. Seksuaalisuus ikääntymisen ja sairauksien näkökulmasta. Lääkärilehti 66 (35), 2499-2503.
- Chadwick, P. & Guttormsen, K. 2017. Diabetic neuropathy: Beyond the basics. Journal of Diabetes Nursing 21, 17–22.
- Cummings, M. 2016. Erectile Dysfunction in Diabetes – Getting to the Size of the Matter. Diabetes Digest 15 (1), 20-21.
- Ekholm, V. Ultraäänihoito voi parantaa erektiota. 2016. Potilaan lääkäri. Päivitetty 7.3.2016. Luettu 24.3.2018. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/ultraaanihoito-voi-parantaa-erektiota/>
- Enlund, H., Raatikainen, S. & Saastamoinen, L. 2016. Erektiohäiriölääkkeiden käyttö terhakassa nousussa. Lääkärilehti 71 (17), 1244-1247.
- Ettala, O. 2015. Erectile Dysfunction in Cardiovascular Risk Population. Turku: Painosalama Oy. Väitöskirja.
- Ettala, O. 2017. Erektiohäiriön hoito. Sic!: Lääketietoa Fimeasta 7 (1), 28-31.
- Fisken, R. A. 2010. Assessment and Treatments for Erectile Dysfunction in Diabetes. Practice Nursing 21 (8), 416-420.
- Hiltunen, S. 2016. Uusia ja vanhoja hoitoja erektiohäiriöihin. Diabetes-lehti. Luettu 29.9.2017. <https://diabeteslehti.diabetes.fi/blog/2016/06/22/uusia-ja-vanhoja-hoitoja-erektiohairioihin/>
- Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Huttunen, M. 2017a. Erektiohäiriö (impotenssi). Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 15.10.2016. Luettu 28.9.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00391

Huttunen, M. 2017b. Masennuslääkkeiden haittavaikutukset. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 24.9.2017. Luettu 24.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00042#s9

Huttunen, M. 2017c. Seksuaaliset toimintahäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 10.9.2017. Luettu 12.2.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00496&p_hakusana=miehen%20seksuaalisuus

Huttunen, M. 2017d. Seksuaaliset toimintahäiriöt ja lääkkeet. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 24.9.2017. Luettu 14.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00086&p_hakusana=erektio

Ilanne-Parikka, P. 2018. Diabetes ("sokeritauti") Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 5.2.2018. Luettu 4.4.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011

Jalanko, T., Ettala, O. & Sairanen, J. 2017. Erektiohäiriön hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 133 (18), 1640-1646.

Jouhki, M., Sinisaari-Eskelinen, M., Tervo, P. & Väisälä, L. 2016. Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen - Plissitistä Betteriin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 53, 286-293.

Järvi, U. & Nummi, V. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Lääkärilehti 67 (1-2), 14-16.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2016. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Koistinen, H. 2008. Erektiohäiriöt (impotenssi). Duodecim (124), 877-878.

Korhonen, A. 2018. Kuva 1.

Korhonen, A. 2018. Kuva 2.

Koskenpato, J., Punkkinen, J. & Rosengård-Bärlund, M. 2014. Autonominen neuropatia – Verenkiertoelimestön ja ruoansulatuskanavan ongelma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 130 (12), 1223-1233.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Käypä hoito –suositus. 2018. Diabetes. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Päivitetty 07.02.2018. Luettu 7.3.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks-set/suositus?id=hoi50056>

Laurila, T. 2016. Erektiohäiriöt ja impotenssi. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.

Leff, J. 2015. Can Lifestyle Changes Improve Erectile Dysfunction? Today's Dietitian 4/2015, 44-48.

Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2009. Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta. Suomen Potilas-lehti 2/2009, 6-7. http://www.potilasliitto.fi/lehti/Potilaslehti_2_09.pdf

Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2015. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lukkarinen, O. & Tammela T. 2001. Miehen seksuaalitoimintojen häiriöt. Luettu 14.3.2018. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92528.pdf>

Mervaala, E. & Isomaa, B. 2016. Diabeettinen neuropatia. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim,

Moussa, N., Hill, M., Claydon, A. & Klufio, A. 2015. Managing Erectile Dysfunction in Diabetes. Practice Nursing 26 (2), 88-91.

Mustajoki, P. 2018. Diabeettinen neuropatia (diabeteksen hermovaurio). Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 9.1.2018. Luettu 12.2.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00765

Niskanen, L. 2014. Tyypin 2 diabeteksen yleisyys. Duodecim. Luettu 6.9.2017. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00334

Nuutinen, H. 2015. Mihin psykologia tarvitaan diabeetikon hoitotiimissä? Diabetes ja lääkäri 44 (1) 16-20.

O'Sullivan, B. & Savage, E. 2015. Erectile dysfunction and CHD: Related Risk Factors and Implications for Nursing Practice. British Journal of Cardiac Nursing 4 (4), 170-176.

Pascoal, E., Slater, M. & Guiang, C. 2017. Discussing Sexual Health with Aging Patients in Primary Care: Exploratory Findings at a Canadian Urban Academic Hospital. The Canadian Journal of Human Sexuality 26 (3), 226–237.

Peate, I. 2012. Breaking the Silence: Helping Men with Erectile Dysfunction. British Journal of Community Nursing 17 (7), 310-317.

Piha, J. 2017a. Erektiohäiriö. Luettu 29.9.2017. http://seksuaaliterveysklinikka.fi/miesten_seksuaalihairiot/erektiohairiot

Piha, J. 2017b. Erektiohäiriön pistoshoito. Luettu 29.9.2017. http://seksuaaliterveysklinikka.fi/miesten_seksuaalihairiot/erektiohairiot/hoito/pistoshoito

Piha, J. 2017c. Erektiohäiriöt - Yleisyys, syyt ja tutkiminen. Luettu 11.3.2018. [http://seksuaaliterveysklinikka.fi/miesten seksuaalihairiot/erektiohairiot/yleisyys_syyt_ja_tutkiminen](http://seksuaaliterveysklinikka.fi/miesten_seksuaalihairiot/erektiohairiot/yleisyys_syyt_ja_tutkiminen)

Piha, J. 2017d. Seksuaalihäiriöt ja diabetes. Luettu 29.9.2017. [http://seksuaaliterveysklinikka.fi/miesten seksuaalihairiot/sairaudet_ja_seksi/seksuaalihairiot_ja_diabetes](http://seksuaaliterveysklinikka.fi/miesten_seksuaalihairiot/sairaudet_ja_seksi/seksuaalihairiot_ja_diabetes)

Poskiparta, M. 2015. Internetissä vai paperilla? - Diabetesaineistojen käyttö potilasohjauksessa. Diabetes ja lääkäri 44 (5), 31-33.

Punkkinen, J., Koskenpato, J. & Rosengård-Bärlund, M. 2014. Autonominen neuropatia - verenkiertoelimistön ja ruoansulatuskanavan ongelma. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 130 (12), 1223-1233.

Rutte, A., van Oppen, P., Nijpels, G., Snoek, F., Enzlin, P., Leusink, P. & Elders, P. 2015. Effectiveness of a PLISSIT Model Intervention in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Care: Design of a Cluster-Randomised Controlled Trial. BMC Family Practice 69 (16):69, 1-9.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön - Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Tampere: Suomen yliopistopaino – Juvenes Print Oy.

Schub, T. & Pilgrim, J. 2016. Erectile Dysfunction (Impotence): An Overview. Glendale: Cinahl Information Systems.

Sharifi, F., Asghari, M., Jaber, Y., Salehi, O. & Mirzamohammadi, F. 2012. Independent Predictors of Erectile Dysfunction in Type 2 Diabetes Mellitus: Is It True What They Say about Risk Factors? ISRN Endocrinology, 2012 1-5.

Soininen, M. 2017. Hoitosuhde kärsii häveliäisyydestä. Lääkärilehti 42 (72), 2352-2353.

Tekijänoikeuslaki. 8.7.1961/404.

THL. 2014. Diabeteksen lisäsairaudet. Päivitetty 1.10.2014. Luettu 2.4.2018. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-lisasairaudet>

THL. 2015. Diabeteksen yleisyys. Päivitetty 5.11.2015. Luettu 2.4.2018. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-yleisyys>

Tuominen, P. 2016. Neuropaattinen kipu koettelee kärsivällisyyttä. Diabetes-verkko-lehti. Luettu 3.4.2018. <https://diabeteslehti.diabetes.fi/blog/2016/03/30/neuropaattinen-kipu-koettelee-karsivallisyutta/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Luettu 30.3.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4.painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Väestöliitto. 2018. Erektio. Luettu 31.3.2018. <https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/murrosika/pojan-keho/erektio/>

Väestöliiton terapiapalvelut. 2018. Seksuaaliterapia. Luettu 12.2.2018. <https://vaestoliitonterapiapalvelut.fi/terapia/seksuaaliterapia>

Väisälä, L. 2009. Gynekologen som sexolog. Finska Läkaresällskapetets Handlingar 169 (1). 38-42.